

## RESUMEN

**Antecedentes:** Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal de prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión infantil en niños/as de treinta escuelas rurales del cantón Cuenca 2011.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia e identificar los factores de riesgo asociados a la conducta depresiva en niños/as de treinta escuelas pertenecientes a once parroquias rurales del Cantón Cuenca, matriculados/as en el periodo lectivo 2010-2011.

**Materiales y Métodos:** de 10718 niños/as de quinto, sexto y séptimo año de Educación General Básica de las escuelas rurales de Cuenca 2011, se obtuvo una muestra de 751 niños/as y asignando al azar se repartió a dos grupos de tesis (  $n_1 = 376$  y  $n_2 = 375$  ), correspondiéndonos 376 niños/as. Para la recolección de datos se utilizó un formulario previamente validado, ésta información recolectada fue ingresada en el programa Excel y analizada en el programa SPSS 15.0 versión evaluación.

**Resultados:** en la población estudiada la prevalencia infantil es de 10.64% ( $n=40$  casos), demostrando el diagnóstico de depresión infantil severa en 27 niños y 13 niñas, la edad promedio fue de 10 años, y como factores asociados a este: disfunción familiar (19 casos,  $p=0.000000065$ ), familias nucleares: (progenitores casados, 14 casos,  $p= 0.00002$ ), grado que cursan (séptimo de básica, 17 casos,  $p= 0.0109$ ), según con quien vive (solo con madre: 18 casos,  $p= 0.0013$ ) y emigración (no emigrantes: 18 casos,  $p= 0.0413$ ).

**PALABRAS CLAVES:** DEPRESIÓN-EPIDEMIOLOGÍA; FACTORES DE RIESGO; CONDUCTA INFANTIL -PSICOLOGÍA; NIÑO; ESTUDIANTES-ESTADÍSTICA Y DATOS NUMÉRICOS; ZONAS RURALES; CUENCA-ECUADOR

## ABSTRACT

**Background:** A descriptive was of conducted of a transversal cut of prevalence and risk factors associated with childhood depression in boys and girls from thirty rural schools from Cuenca 2011

**Objective:** To determine the prevalence and to identify the risk factors associated with depressive behavior in boys and girls from thirty schools belonging to eleven rural parishes from the city of Cuenca, enrolled in the semester of 2010-2011.

**Materials and Methods:** Materials and Methods: Of 10718 elementary school boys and girls from the fifth, sixth, and 7th year from the rural schools of Cuenca 2011, a sample was taken of 751 children which were randomly signed to two groups of students conducting the thesis ( $n_1=376$  and  $n_2=375$ ), corresponding to 376 boys and girls. For the recollection of data, a previously validated form was utilized. The information gathered was entered into the Excel program and analyzed in the SPSS 15.0 program the evaluation version.

**Results:** In the studied population the childhood prevalence is of 10.64% ( $n=40$  cases), demonstrating the diagnosis of severe childhood depression in 27 boys y 13 girls, the average age was 10 years old and the factors associated with this are: family dysfunctional (19 cases,  $p = 0.000000065$ ), nuclear families (married parents 14 cases,  $p = 0.00002$ ), level grade (seventh grade, 17 cases,  $p = 0.0109$ ), person with who lives (only with mother, 18 cases,  $p = 0.0013$ ) and emigration (non- emigrants: 18 cases,  $p = 0.0413$ ).

**KEYWORDS:** DEPRESSION – EPIDEMIOLOGY; RISK FACTORS; CHILD BEHAVIOR – PSYCHOLOGY; CHILD; STUDENTS – STATISTICS AND NUMERICAL DATA; RURAL ZONE; CUENCA – ECUADOR.



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN .....	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	11
JUSTIFICACIÓN.- .....	15
CAPITULO I .....	17
1. FUNDAMENTO TEÓRICO. ....	17
DEPRESIÓN INFANTIL. ....	17
1.1. GENERALIDADES. ....	17
1.1.1 CONCEPTO DE DEPRESIÓN.- .....	17
1.1.2 CONCEPTO DE DEPRESIÓN INFANTIL.- .....	17
1.1.3. EPIDEMIOLOGIA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.....	18
1.1.4 ETIOLOGIA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.....	18
1.1.5 ASPECTOS CLÍNICOS DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.....	23
1.1.6 DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN INFANTIL.....	24
1.1.7 PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO. ....	29
1.1.8 TRATAMIENTO.....	34
1.1.9. CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN INFANTIL. ....	35
1.1.10 HIPÓTESIS. ....	36
CAPITULO II .....	37
2. OBJETIVOS.....	37
2.1 OBJETIVO GENERAL.-.....	37
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.- .....	37
CAPITULO III .....	38
3 DISEÑO METODOLÓGICO.-.....	38
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	38
3.2 UNIVERSO DE ESTUDIO .....	38
3.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA:.....	38
3.4 ÁREA DE ESTUDIO .....	38
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	39
3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	39



3.7 VARIABLES:.....	39
3.8 MATRIZ DE VARIABLES.....	40
3.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	41
3.10 PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS .....	42
3.11 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS .....	42
3.12 ASPECTOS ÉTICOS.-.....	43
3.13 MÉTODOS Y MODELOS DE ANÁLISIS .....	43
CAPITULO IV.....	44
4.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO.-.....	44
4.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DEL ESTUDIO: .....	45
4.3 CARACTERÍSTICAS DE LAS VARIABLES:.....	54
CAPITULO V .....	62
5. DISCUSIÓN .....	62
CAPITULO VI.....	65
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	65
6.1 CONCLUSIONES .....	65
6.2 RECOMENDACIONES.....	68
CAPITULO VII.....	69
7. BIBLIOGRAFÍA. ....	69
7.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
7.2 BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA .....	74
ANEXOS .....	75

Nosotros María Alejandrina Trelles Jachero, Diego Fernando Vega Cuadrado y Priscila Paola Velasco Pañi, reconocemos y aceptamos el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de nuestro título de Médico y Médica respectivamente. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de nuestros derechos morales o patrimoniales como autores.

Nosotros María Alejandrina Trelles Jachero, Diego Fernando Vega Cuadrado y Priscila Paola Velasco Pañi, certificamos que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de nuestra autoría.



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A  
DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS/AS DE TREINTA ESCUELAS RURALES,  
CUENCA 2011**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE MÉDICO Y MÉDICA**

**AUTORES:   MARÍA ALEJANDRINA TRELLES JACHERO  
              DIEGO FERNANDO VEGA CUADRADO  
              PRISCILA PAOLA VELASCO PAÑI**

**DIRECTOR:   DR. JULIO ALFREDO JARAMILLO OYERVIDE**

**CUENCA - ECUADOR**

**2011**

## **DEDICATORIA**

Esta tesis la dedicamos primero a Dios por su infinita bondad durante estos meses en la culminación de esta investigación, a nuestras familias y amigos que siempre con su voz de aliento nos impulsaron a lograr con éxito esta meta, y sobre todo a nuestros participantes ya que sin ellos no habría sido posible congregarse este anhelo requerido por nosotros, para aquellos niños de los lugares lejanos pertenecientes a las parroquias rurales de nuestra querida ciudad.

## **LOS AUTORES**

## **AGRADECIMIENTO.**

La presente Tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniendo paciencia, dándonos ánimos, acompañándonos en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

Agradecemos al Dr. Julio Jaramillo Oyervide por haber confiado en nosotros, por la paciencia y por la dirección de este trabajo.

A los diferentes maestros y directores de cada institución por habernos recibido con mucho respeto y confort en sus respectivos establecimientos, por el apoyo y el ánimo que nos brindaron.

Gracias también a los queridos niños/as y a sus padres, que nos apoyaron y nos permitieron entrar en un rinconcito de su vida durante estos casi seis meses al llegar a su salón de clases.

A nuestros padres que nos acompañaron en esta aventura que significó la obtención de los datos necesarios para culminar los objetivos aquí propuestos y que, de forma incondicional, entendieron nuestras ausencias y malos momentos.

Y sobre todo, pero no menos importante a Dios por habernos permitido encontrar en este camino tantas buenas personas que permitieron que este trabajo fuera posible.

GRACIAS.

## **LOS AUTORES**



## INTRODUCCIÓN

*“Entre la inocencia de la infancia y la dignidad de la madurez encontramos una encantadora criatura llamada niño”.* <sup>(1)</sup> Los niños vienen en diferentes medidas, pesos y colores, pero todos tienen el mismo credo: disfrutar cada segundo, de cada minuto, de cada hora, de cada día y de protestar ruidosamente hasta cuando los padres los meten a la cama. Nadie más puede traer en el bolsillo un cortaplumas oxidado, un metro de cordel, una funda vacía, dos pastillas de chicle, seis monedas, una honda, un trozo de sustancia desconocida y un auténtico anillo supersónico con un compartimiento secreto.<sup>(1)</sup>

“La infancia es la etapa más importante de la vida, en la cual se configuran todos los resortes afectivos e intelectuales del individuo, de cuyo correcto desarrollo dependerá el éxito o fracaso posterior de cada individuo en su proyecto vital”. <sup>(2)</sup>

La infancia se engloba en tres grandes fases: la **FASE DE LACTANCIA**, la **PRIMERA INFANCIA** y la **SEGUNDA INFANCIA** <sup>(3- 4)</sup>

Para el bienestar de los niños/as no hay nada más importante que recibir la atención necesaria por parte de la gente que los rodea, ya sea en su hogar, escuela y/o familia y es nuestro deber como personas de valores, velar por el bienestar de los niños que serán el futuro de nuestra sociedad. Ellos/as requieren de toda la atención posible ya que van creciendo con dudas por ciertos acontecimientos o condiciones en sus vidas y si en estos casos no tienen el respaldo adecuado pueden crear malos conceptos o irse por actos no favorables para su salud mental como la depresión infantil. <sup>(5)</sup>

La depresión infantil es un trastorno que afecta a todos los aspectos de la vida cotidiana de un niño/as y conlleva cambios importantes en su forma de sentir, de pensar y de comportarse, así como cambios físicos. Este trastorno se ve afectado por ciertos factores sociodemográficos como: el sexo, la edad, la residencia, el estado civil de los padres, la estructura familiar y la emigración. <sup>(5)</sup>

Estos cambios no indican falta de carácter o una debilidad personal; la depresión no es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Aunque las causas de la depresión infantil son complejas y pueden variar de un niño/a a otro, existen diversos factores que incrementan la probabilidad de que un niño/as desarrolle una depresión y estos pueden ser: factores biológicos, ambientales, sociales y psicológicos, que generalmente incluyen una combinación de todos ellos. La mayoría de las depresiones infantiles se producen por desequilibrios en los niveles cerebrales de ciertos neurotransmisores y especialmente por una reducción en los niveles de serotonina, algunas investigaciones han demostrado que pueden existir desarreglos como respuesta a factores ambientales por acontecimientos estresantes como la pérdida de algo que el niño/as considera importante. Por ejemplo, la pérdida de uno de los padres por muerte o separación, la muerte de un abuelo, el cambio de colegio, el fracaso escolar, el rechazo social, las malas notas o una enfermedad grave pueden precipitar un episodio depresivo en un niño/a. Sin embargo, todo los niños/as, tarde o temprano, se ven sometidos a alguno de estos acontecimientos y, aun así, sólo un 5-10% de ellos desarrollan una depresión infantil. <sup>(5)</sup>

Para poder diagnosticar la depresión en un niño/a se utiliza pruebas diagnósticas como el CDI a más de los diferentes criterios clínico. La inmensa mayoría de los niños/as que padecen de depresión puede mejorar con el tratamiento adecuado.

En nuestra ciudad realizamos un estudio descriptivo de corte transversal de prevalencia y factores de riesgo asociados, donde concluimos que la prevalencia de depresión infantil fue de 10.64% (n=376) y los factores asociados fueron: sexo, estado civil de los padres, personas con quien viven, padres y hermanos emigrantes y disfunción familiar.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Los trastornos depresivos infantiles no son problemas pasajeros que desaparecen con el tiempo <sup>(5)</sup>, la depresión infantil en la actualidad despierta un considerable interés, debido a la muy escasa investigación. <sup>(6)</sup>

Con relación a la prevalencia de la depresión infantil se considera que ocupa el cuarto lugar como causa de morbilidad en el mundo, con tasas de prevalencia elevadas que alcanzan entre el 8% y el 20% en niños. Las investigaciones más actuales coinciden en que la incidencia está entre 8% y 10%.<sup>(7)</sup> Un estudio de Rondón, Lima 2006, describe la salud mental en el Perú, dando a conocer que hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida. La prevalencia de depresión infantil en Lima Metropolitana es de 18,2%, en la sierra peruana de 16,2% y en la Selva de 21,4%.<sup>(8)</sup>

Como antecedentes de prevalencia inmediatos se encontró un estudio realizado en los barrios Fajardo, Chaupitena y Miranda Grande, ubicados en la zona del Valle de los Chillos (Quito) en el año 2009 por: Dra. Payo L. et al., se estudió la prevalencia de sintomatología depresiva infantil en todos los escolares que cursaban el sexto y séptimo año de educación básica de las escuelas públicas de dichos barrios y su asociación con factores psicosociales. La muestra fue de 195 niños entre 9 y 16 años, se encontró una prevalencia de síntomas depresivos del 41%; en relación a la asociación con factores psicosociales, 74.35% percibieron una familia disfuncional, 70.7% un patrón abusivo de consumo familiar de alcohol, 51.79% maltrato físico y 65.64% maltrato psicológico, la migración estuvo presente en un 11.28% de los participantes. <sup>(9)</sup> Otro estudio realizado en la Escuela Río Santiago de la Ciudad de Quito en mayo de 2005; con 22 niños demostró el diagnóstico de depresión infantil en 8 niños: 5 varones (62,5%) y 3 mujeres (37,5%); la edad promedio fue 10 años (mínima 8 y máxima 12), y como factor asociado a este trastorno el 36,3% eran hijos de padres emigrantes. <sup>(10)</sup>

A nivel Latinoamericano, en Colombia, Mantilla L. et al., (2006), realizada en la ciudad Bucaramanga, con 248 niños escolarizados de educación primaria entre 8

y 11 años de edad, se utilizó el CDI, con el cual se encontró una prevalencia del 9,2%. En relación al género la frecuencia de depresión infantil fue mayor en niñas con 13.3% que en los niños que tienen un 6.4%, sin embargo esta diferencia no fue significativa con una  $p=0.07$ , a demás se encontró una mayor prevalencia entre los niños y niñas de 11 años que es de 19.6% ( $p=0,033$ ).<sup>(11)</sup> Otra investigación es la de Vinaccia A et al., (2006) en La Ceja, Antioquia, en niños escolarizados entre 8 y 12 años del Oriente Antioqueño, quienes reportan una prevalencia del 25.2% en una muestra de 698 niños utilizando el CDI.<sup>(12)</sup> Si se analiza por edades en un estudio de Herrera et al., en Neiva, Colombia (2009), se estima que la prevalencia de depresión Infantil está entre el 8% y 10%, pero en la etapa preescolar esta prevalencia disminuye a un 2%; y en los adolescentes asciende a 13%.<sup>(13)</sup>

En Chile, Rosemarie Fritsch. 2007, realizó un estudio en 290 hijos de madres con depresión con la finalidad de describir la salud mental de hijos de madres deprimidas y del nivel socioeconómico medio bajo y bajo, que consultan a servicios de salud de atención primaria, se demostró que 25,9% de los niños presentaron según el CDI sintomatología depresiva.<sup>(14)</sup>

La Dra. Bella M., Buenos Aires 2010. Determinó mediante un estudio transversal una frecuencia de depresión infantil de 29.27% de un total de 41 niños y adolescentes hospitalizados por intento de suicidio en el hospital de niños De Córdoba.<sup>(15)</sup>

Un estudio realizado en Sao Paulo Junio 2008 por el Dr. Lee Fu-I en 58 niños con depresión infantil, se investigó las características clínicas de la depresión mayor entre niños y adolescentes, se encontró que los síntomas depresivos más comunes fueron: la anhedonia (72,4%), depresión infantil (72,4%), disminución de la concentración (62,1%) e irritabilidad (58,6%).<sup>(16)</sup>

En Cuba (2004) en alrededor de 90 niños/as entre 7 – 14 años se encontró que el 85.7% de niños maltratados estaban deprimidos, siendo más frecuente la depresión infantil a un nivel ligero (47%).<sup>(17)</sup>

En Grecia (2009) se encontró un estudio de 323 niños/as de 10-13 años, donde se realizó un estudio que reportó que el 8,6 % mostraron síntomas depresivos (es decir, 19-28 puntuación total CDI) y 21,9% muestra la sintomatología depresiva leve (es decir, 10 - 18 CDI puntuación total).<sup>(6)</sup>

Por otra parte se desarrolló una investigación en Barcelona – España, Romero K. et al, (2010) en 1507 escolares de cuarto, quinto y sexto año de educación primaria obligatoria, tanto en escuelas públicas como concentradas, en los cuales se encontró síntomas depresivos en el 11.5%, no encontrándose una diferencia significativa con relación al sexo; en esta investigación se encontró además un mayor porcentaje de sintomatología depresiva en niños/as inmigrantes en relación a niños españoles.<sup>(18)</sup>

En China- Shanghái, el Centro de salud mental de Shanghái, J. Fan et al., (2011) realizó un estudio prevalencia de depresión infantil en estudiantes de tercero a quinto grado de 7 escuelas primarias, donde la prevalencia fue del 60% (95% IC = 1.19% - 2.00%). La prevalencia en niños (2.08%) fue significativa y superior que en la mujeres (1.09%) ( $X^2=5.40$ ,  $p = 0.02$ ). Los porcentajes del desorden depresivo se incrementa con la edad 0.57% (8 años de edad) hasta 2.47% (12 años de edad). La prevalencia de depresión no fue significativa con la diferencia de edades ( $X^2 = 4.49$ ,  $p = 0.34$ ).<sup>(19)</sup>

En la India (2011), en un estudio del desorden depresivo en 1,851 niños de escuelas de la área suburbana usando el K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children) la prevalencia del desorden depresivo fue de 3.13% ( $n = 58$ ), el trastorno depresivo mayor fue diagnosticado en 15 niños (0.81%), distimia en 28 (1.51%) y un desorden depresivo en 15 niños (0.81%). Con factores asociados, atención en clases (OR: 0.251, IC: 0.103-0.613), historia familiar de enfermedades psicológicas (OR: 0.204, IC: 0.069-0.605) y complicaciones al nacer (OR: 0.128, IC: 0.029-0.558) son predictores de depresión.<sup>(20)</sup>

Todo indica que la frecuencia de la depresión infantil va en ascenso y aunque las causas son complejas estas pueden variar de un niño a otro. Hoy se conocen diversos factores que incrementan la probabilidad de que un niño desarrolle una depresión infantil y algunos de estos factores son: biológicos, ambientales, psicológicos y demográficos, a más de la combinación de todos ellos, ya que de hecho, parecen existir procesos de interacción entre ellos. Estos factores conllevan a un déficit en el repertorio de conductas que los niños necesitan para relacionarse eficazmente con los demás y para resolver problemas, y como resultado los niños no sean capaces de afrontar, resolver y adaptarse a los cambios negativos que implican los acontecimientos estresantes, provocando que el estrés perdure, se intensifique, y que se desencadene una depresión infantil incluso ante un estrés inicialmente muy leve.<sup>(5)</sup>

En la actualidad existen varios tratamientos para la depresión infantil, tanto psicológicos como farmacológicos y han logrado la disminución de la misma, sumándose a ello la situación de que no se encontró un estudio en nuestra ciudad que haga referencia a la prevalencia en este tema, nos hemos planteado la necesidad de hacer un estudio que involucre la prevalencia y los factores asociados a la depresión infantil. Es por ello que trataremos de presentar mayor atención a este problema y nos vemos en la necesidad de preguntarnos:

¿Cuál es la prevalencia de la depresión infantil en niños/as escolarizados rurales en la ciudad de Cuenca y qué factores están asociados a la misma?

## JUSTIFICACIÓN.-

La depresión infantil despierta en la actualidad un considerable interés científico, y en nuestro país no es la excepción, se ha podido encontrar estudios enfocados hacia la depresión en personas suicidas, en madres depresivas con hijos con depresión infantil y estudios de prevalencia a nivel nacional y en diferentes países.

En la ciudad de Cuenca no existen estudios de prevalencia y factores asociados a depresión infantil, es por esto que nosotros creímos que es muy importante haber realizado este estudio debido a que la depresión corresponde a uno de los trastornos comunes e incapacitantes, cuya incidencia sufre un incremento particularmente luego de la pubertad, sin embargo actualmente se ha visto un aumento en la edad infantil, lo que nos ha motivado a sugerir que se desarrollen estrategias que permitan intervenir a los niños/as. Un factor que ha contribuido a este interés son los estudios que sugieren que un primer episodio depresivo hace más vulnerable al niño para el desarrollo de episodios posteriores. Existen algunas evidencias de que el primer episodio depresivo aparece más correlacionado con la existencia de estresores psicosociales en la vida del niño que en los episodios posteriores. <sup>(21)</sup>

Este estudio fue realizado por primera vez en la provincia del Azuay permitiéndonos conocer la prevalencia de depresión infantil y factores de riesgo asociados a la misma, de tal manera se comparó nuestra realidad con otros estudios realizados a nivel nacional así como en otros países, demostrando similitudes con respecto a los factores asociados y su prevalencia.

Los resultados fueron entregados al director de cada establecimiento educativo participante y además están disponibles en la biblioteca de la Facultad Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

Los datos obtenidos serán utilizados por los directores de los respectivos establecimientos que formaron parte del estudio, con la finalidad de que se

adopten y pongan en marcha medidas que permitan prevenir el desarrollo de la enfermedad, y así proteger a los niños/as de episodios posteriores que puedan terminar en uno de los desenlaces de esta patología que es el suicidio. Además, los resultados de este estudio podrán ser utilizados para implementar programas de intervención en los niños/as afectados por este trastorno.



## CAPITULO I

### 1. FUNDAMENTO TEÓRICO.

#### DEPRESIÓN INFANTIL.

##### 1.1. GENERALIDADES.

###### 1.1.1 Concepto de depresión.-

Según la OMS la depresión es un cuadro heterogéneo que resulta de la disfunción de varios neurotransmisores o sistemas metabólicos presentando una vulnerabilidad particular (genética), una sensibilidad incrementada (estrés) y una desincronización de los ritmos biológicos. <sup>(22)</sup>

La depresión es un conjunto de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicidas en donde se altera la visión de cómo uno se valora a sí mismo (autoestima), la forma en que uno piensa y a menudo manifiestan ansiedad y trastornos somáticos variables. <sup>(1-23)</sup>

###### 1.1.2 Concepto de depresión infantil.-

Es un cuadro complejo y de reconocimiento reciente como entidad clínica dentro de la psicología y constituye una situación afectiva de tristeza, mayor en intensidad y duración, que ocurre en la infancia cuando se dan una combinación de síntomas, que lleva a un cambio en su conducta y sentimientos, afectando el normal desarrollo del niño/as. Es relativamente frecuente y se asocia a una morbilidad significativa aunque infra-diagnosticada en niños/as. <sup>(24-25)</sup> Esta se caracteriza por tristeza persistente que en los niños puede manifestarse con irritabilidad y una pérdida evidente de interés y placer en las actividades habituales. <sup>(26)</sup>

Existen dos tendencias a saber en relación a la depresión infantil: los evolucionistas opinan que la depresión infantil se va transformando según la época evolutiva de la vida del niño en la que se presenta, sostienen así la idea de una depresión infantil evolutiva. Por otra parte están aquellos que sostienen la existencia de la depresión infantil con una sintomatología propia, no equiparable a la del adulto, especialmente relacionada con problemas de conducta se habla entonces de la depresión infantil enmascarada.<sup>(27)</sup>

### **1.1.3. EPIDEMIOLOGIA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.**

Con relación a la prevalencia de la depresión infantil se considera que ocupa el cuarto lugar como causa de morbilidad en el mundo, con tasas de prevalencia elevadas que alcanzan entre el 8% y el 20% en niños y adolescentes.<sup>(7)</sup> Las investigaciones más actuales coinciden en que la incidencia está entre 8% y 10%. Si se analiza por edades, se observa que en la etapa preescolar estas cifras descienden a 2%; en edades escolares se estima entre 8% y 10%; en los adolescentes asciende a 13%.<sup>(13)</sup>

Un estudio realizado en la Ciudad de Quito en mayo de 2005; se encontró depresión en 8 niños: 5 varones (62,5%) y 3 mujeres (37,5%); como factor asociado a este tenemos, que el 36,3% eran hijos de padres migrantes.<sup>(10)</sup> A nivel sudamericano en (Colombia), Mantilla L. et al., (2006), realizada en la ciudad Bucaramanga, se encontró una prevalencia del 9,2%.<sup>(11)</sup>

### **1.1.4 ETIOLOGIA DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.**

Hoy en día la incidencia de la depresión en niños y adolescentes es una enfermedad compleja que tiene múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Existe una compleja interacción de distintos factores tanto de carácter biológico como social, que sirven de base a la aparición de las distintas conductas normales y patológicas.

Es necesario que se dé una cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental, que combinadas dan lugar a la aparición de una conducta desajustada.<sup>(28)</sup>

Entre los factores más predisponentes de la depresión están los siguientes:

#### 1.1.4.1 Factores de riesgo genético y bioquímico.-

Se ha visto que un 20-50% de los niños o adolescentes con trastornos depresivos presentan historia familiar de depresión o de otra enfermedad mental. Sin embargo hay datos firmes acerca de la existencia de una base genética de los trastornos depresivos en todos los grupos de edad, los individuos con un riesgo genético elevado son más sensibles a los efectos de unas condiciones ambientales adversas. Los estudios en gemelos han constatado un 76% de concordancia para la depresión en gemelos monocigotos criados juntos y 67% en monocigotos criados separados en comparación con el 19% en gemelos dicigotos criados juntos. También existe una tasa aumentada de depresión (3 a 6 veces mayor) en los familiares de primer grado de los pacientes que sufren un trastorno afectivo mayor. <sup>(29)</sup>

Las causas básicas de la depresión están asociadas a anormalidades en la liberación de ciertos neurotransmisores, entre estos destacan los siguientes:

- **Serotonina:** relacionado con la emoción y el estado de ánimo. <sup>(29)</sup>
- **Acetilcolina:** responsable de muchas de las estimulaciones musculares y participa en la programación del sueño. <sup>(29)</sup>
- **Catecolaminas:** dopamina: interviene en el deseo y en la sensación de placer. Noradrenalina: puesta en “alerta máxima de nuestro sistema nervioso y adrenalina: la sustancia de la acción por antonomasia”. <sup>(29)</sup>

Estos mensajeros químicos se alteran por diversas causas como: anomalías estructurales cerebrales leves, trastornos del sueño o herencia genética. Por ejemplo, los investigadores han identificado un defecto en un gen llamado SERT, que regula la serotonina, la que ha sido asociada a la depresión. <sup>(29)</sup>

#### 1.1.4.2 Factores familiares.-

Todos nosotros nacimos de alguna forma dentro de una estructura social, la familia; es muy probable que lo primero que hayamos visto cuando abrimos

nuestros ojos en el hospital haya sido el rostro de nuestra madre y luego el del resto de nuestros familiares. De tal manera se dice que la familia es un grupo de personas que nos cría, nos forma como personas, estableciendo nuestros valores morales y el que nos orientará a lo largo de nuestro desarrollo como seres humanos, en especial durante los primeros años de vida. La familia debe, moralmente, proporcionar a sus miembros aspectos como seguridad, protección, socialización y compañía. <sup>(30)</sup>

A la familia se la clasifica de la siguiente manera:

***a) De acuerdo a su composición:***

- **Familia Nuclear.-** Es la que está formada por el padre, la madre y los hijos. <sup>(31)</sup>
- **Familia monoparental.-** En la que uno de los padres ha fallecido. <sup>(31)</sup>
- **Familia Extensa.-** Formada por los padres, los hijos y otro pariente. <sup>(31)</sup>
- **Familia Compuesta.-** Formada por los padres, los hijos y por no parientes. <sup>(31)</sup>
- **Familia de Tres Generaciones.-** Formada por abuelos, padres e hijos. <sup>(31)</sup>
- **Familia con Segundo Trabajo:** Es aquella en la que la mujer representa una fuente importante de ingreso económico al hogar.
- **Familia de Adulto Mayor.-** Está formada por un anciano o por una pareja de ancianos que viven solos. <sup>(31)</sup>
- **Familia de Pax de Deux.-** Son familias de dos personas, ejemplo, un progenitor y un hijo, o una pareja en la que los hijos se han ido. <sup>(31)</sup>

- **Padre (soltero) o Madre (soltera) con hijos.-** Padre o madre solteros, con hijos, en los que el matrimonio no se ha realizado. <sup>(31)</sup>

***b) De acuerdo a su lugar de residencia:***

- **Familia Rural.-** Es aquella familia que vive en un lugar de menos de 1,500 habitantes. <sup>(31)</sup>
- **Familia Urbana.-** Es aquella familia que vive en un lugar de más de 1,500 habitantes. <sup>(31)</sup>

***c) Según su integración:***

- **Integrada.-** Familia en la cual ambos padres viven y cumplen sus funciones. <sup>(31)</sup>
- **Semi-integrada.-** Familia en la cual los padres viven y cumplen más o menos sus funciones. <sup>(31)</sup>
- **Desintegrada.-** Familia en la que uno de los padres ha dejado el hogar por muerte, divorcio o separación. No se cumplen las funciones. <sup>(31)</sup>

El contexto familiar en el que vive un niño, juega un papel importante en el desarrollo de depresión. Los más comunes: existencia de conflictos conyugales o dificultades emocionales entre los padres, las distintas formas de maltrato como el abuso físico, emocional, sexual en un 57.89%, el divorcio o separación de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo. <sup>(32)</sup>

Estas se relacionan fundamentalmente con la falta de comunicación, las situaciones de maltrato y violencia, la de privación sociocultural y el consumo de sustancias por parte de algún familiar directo. Un 73,86% de psicólogos alude a ello como causal de la depresión en los niños. <sup>(32)</sup>

En estudios realizados por Payo et al, en la zona del Valle de los Chillos – Quito, Ecuador (2009), se encontró una la asociación con factores psicosociales donde un 74.35% percibieron en su familia disfunción familiar. <sup>(9)</sup> Otro estudio realizado en la Escuela Río Santiago de la Ciudad de Quito (2005); demostró que el 36,3% eran hijos de padres emigrantes. <sup>(10)</sup>

#### **1.1.4.3 Factores psicológicos.-**

Se piensa que el temperamento presenta una base genético-biológica, aunque la experiencia y el aprendizaje, en particular dentro del contexto social, pueden influir en su desarrollo y expresión. La afectividad negativa, se refiere a la tendencia a experimentar estados emocionales negativos, que se acompañan de características conductuales (inhibición y retraimiento social 88,2%, baja autoestima 81%, incapacidad para resolver problemas 57,5%) y cognitivas (dificultades de concentración 42,5 %). Conllevando esta a una mayor reactividad frente a estímulos negativos y se asocia a una mayor probabilidad de trastornos emocionales, sobre todo en niñas. <sup>(33)</sup>

#### **1.1.4.4 Factores medioambientales.-**

La totalidad de los entrevistados (100%), señalaron que la depresión infantil se origina como respuesta a acontecimientos y dinámicas provenientes del medio inmediato, vivenciados por el niño como experiencias negativas, que perturban su vida emocional y el funcionamiento de sus diferentes áreas de desarrollo. <sup>(16)</sup> Los profesionales aluden a problemas relacionados con el ámbito escolar: cambios de colegio, curso y profesor. También mencionan dificultades de inserción y conflictos específicos con profesores (31,58%). *Depresiones maternas:* un 21,05%, plantea que el tipo de relación depresiva materna filial estaría a la base del cuadro. <sup>(34)</sup>

#### **1.1.4.5 Emigración.-**

A partir de la crisis económica, que se inició en nuestro país en la década de los noventa, los flujos migratorios desde nuestro país al exterior se fueron incrementando progresivamente de manera significativa. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), a principios de los años noventa el flujo

promedio anual de ecuatorianos hacia el exterior era de 29,651 personas. A finales de la década, esta cifra se incrementó a 116,806 personas. Según Martínez (2004), la mayor parte de la migración proveniente de Quito, Guayaquil y Cuenca tenía en 2003 menos de cinco años, siendo Quito la ciudad con la migración más reciente y Cuenca la ciudad con la migración más antigua. De hecho, el 33% de la migración procedente de Cuenca había sido llevada a cabo entre 7 y 20 años atrás. Según información del Censo de 2010 salieron del país 898 885 ecuatorianos que al comparar con los 663 601 que salieron en el año 2005 se evidencia un incremento del 35,5%, en el período 2005-2010. Considerando el sexo de las personas emigrantes, los viajeros son mayormente de sexo masculino, que representa un porcentaje de 57.1%. Se debe notar que en este año, los movimientos migratorios han aumentado significativamente. <sup>(35)</sup>

#### **1.1.5 ASPECTOS CLÍNICOS DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.**

Entre los síntomas principales de la depresión infantil tenemos:

- ✓ El niño pierde el interés en casi todas las actividades usuales, y en las que antes le ocasionaban placer. <sup>(7)</sup>
- ✓ Prefiere estar triste, desesperanzada, desanimada. <sup>(7)</sup>
- ✓ Hay trastornos del apetito, generalmente por disminución del mismo, junto con una pérdida significativa del peso. Otras personas muestran un aumento del apetito o de la ingestión de alimentos. <sup>(7)</sup>
- ✓ Son comunes los trastornos del sueño: dificultades para quedarse dormido, sueño interrumpido, demasiado sueño (hipersomnia). <sup>(7)</sup>
- ✓ En el otro extremo se da lo que se denomina “lentificación psicomotora”, que se traduce en un hablar muy pausado y en movimientos corporales lentos. <sup>(7)</sup>
- ✓ La persona experimenta una fatiga constante, hasta la tarea más pequeña puede parecer una tarea difícil o imposible de lograr. <sup>(7)</sup>
- ✓ A esto se agrega un sentimiento de minusvalía. El individuo cree que todo lo ha hecho mal; y recuerda sus errores, magnificándolos. Se reprocha,

incluso, detalles mínimos, y busca en el ambiente cualquier signo que refuerce la idea de que él no vale nada. <sup>(7)</sup>

- ✓ Hay sentimientos de culpa, igualmente exagerados, sobre situaciones presentes o pasadas. <sup>(7)</sup>
- ✓ Es frecuente que la persona tenga dificultades para concentrarse, y que le cueste tomar decisiones o recordar las cosas pasadas. <sup>(7)</sup>
- ✓ Se presentan pensamientos constantes acerca de la muerte, que incluso llevan a elaborar ideas suicidas. Aunque puede sentir miedo de morir; no obstante estar convencido de que él y los demás estarían mejor si falleciera. <sup>(7)</sup>
- ✓ Además síntomas como: llanto frecuente, sentimientos de angustia, irritabilidad, mal genio, preocupación excesiva por la propia salud física, ataques de pánico y fobias. <sup>(7)</sup>

También los síntomas de la depresión infantil se los clasifica de la siguiente manera según Brentano:

**a) Esfera afectiva y conductual:** irritabilidad, agresividad, agitación o inhibición psicomotriz, astenia, apatía, tristeza, y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte. <sup>(36)</sup>

**b) Esfera cognitiva y actividad escolar:** baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales. <sup>(36)</sup>

**c) Esfera somática:** cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnia), no alcanzar el peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito. <sup>(36)</sup>

#### 1.1.6 DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN INFANTIL.

Para un diagnóstico acertado de depresión infantil se utilizan los siguientes criterios diagnósticos:



***Criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR.***

**A.** Deben estar presentes 5 o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, y representan un cambio respecto al funcionamiento previo; al menos 1 de los síntomas debe ser:

1) Estado de ánimo depresivo o 2) pérdida de interés o del placer.

**Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a una enfermedad médica general o alucinaciones o delirios incongruentes con el estado de ánimo.**

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, indicado por datos subjetivos (p. ej., sentirse triste o vacío) o por observaciones realizadas por otros (p. ej., estar lloroso). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. Notable disminución acusada del interés o placer de todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días indicado por datos subjetivos o por observaciones realizadas por otros.
3. Pérdida de peso sin hacer régimen o aumento de peso significativos (p. ej., un cambio de >5 % del peso corporal en 1 mes), o aumento o disminución del apetito casi todos los días.

**Nota:** En niños considere el no logra los aumentos de peso esperados.

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días
5. Agitación o ralentización psicomotriz casi todos los días (observable por otros, no simplemente sensación subjetiva de agitación o de enlentecimiento)
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sensación de inutilidad o culpa excesiva o inadecuada (que pueden ser delirante) casi todos los días (no meramente remordimiento o culpa por estar enfermo)
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días (ya sea subjetiva u observada por otros)
9. Pensamientos recurrentes acerca de la muerte (no sólo el miedo a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico o un intento de suicidio o un plan específico para cometer suicidio.

**B.** Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio maniaco mixto.

- C.** Los síntomas producen malestar o alteraciones clínicamente significativas en el ámbito social o laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.
- D.** Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos del abuso de drogas, un medicamento o una enfermedad médica general (p. ej., hipotiroidismo).
- E.** Los síntomas no pueden explicarse mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), y deben persistir durante más de 2 meses o se caracterizan por una afección funcional notable, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

TOMADO: de "Psychometric properties of the Spanish language child depression inventory with hispanic children who are secondary victims of domestic violence".<sup>(33)</sup>

### ***Criterios diagnósticos según CIE-10***

- A.** El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B.** El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- C.** Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas "somáticos" tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endógeno-morfos.
  - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
  - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
  - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
  - Empeoramiento matutino del humor depresivo
  - Presencia de enlentecimiento motor o agitación
  - Pérdida marcada del apetito
  - Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes
  - Notable disminución del interés sexual

Fuente: Tomado de Birmaher B. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia.<sup>(36)</sup>

**Criterios de gravedad de un episodio depresivo según la CIE-10.****Presentación sintomática según la edad****A. Criterios generales para episodio depresivo**

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico

**B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:***Niños y adolescentes*

El estado de ánimo puede ser deprimido o irritable. Los niños pequeños o con desarrollo lingüístico o cognitivo inmaduro pueden no ser capaces de describir su estado de ánimo y presentar quejas físicas vagas, expresión facial triste o pobre comunicación visual. El estado irritable puede mostrarse como “paso al acto”, comportamiento imprudente o atolondrado o actitudes o acciones coléricas u hostiles. En adolescentes mayores el trastorno de ánimo puede ser similar a los adultos.

La pérdida de interés puede ser en el juego o en las actividades escolares.

La falta de juego con los compañeros, el rechazo del colegio o frecuentes ausencias al mismo pueden ser síntomas de fatiga.

**C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos de cuatro:**

Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.

Los niños pueden presentar auto-desvalorización. La culpa excesiva o inapropiada no suele estar presente.

Indicios no verbales de conducta suicida, incluidos comportamientos de riesgo reiterados, en ocasiones a modo de juego y “gestos” autolesivos (arañazos, cortes,

quemaduras, etc.).

Los problemas con la atención y concentración pueden mostrarse como problemas de conducta o escaso rendimiento escolar.

Junto al cambio en el estado de ánimo puede observarse comportamiento hiperactivo.

Alteraciones del sueño de cualquier tipo.

Los niños pueden dejar de ganar peso más que perderlo.

**D. Los síntomas físicos, como las quejas somáticas, son particularmente frecuentes en niños.**

**Episodio depresivo leve:** están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

**Episodio depresivo moderado:** están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

**Episodio depresivo grave:** deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: Tomado y modificado de Birmaher B. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. <sup>(36)</sup>

**Criterio de diagnóstico según KUPERMAN Y STEWART, 1979.**

<b>a. Síntomas necesarios:</b>	1. Expresión de sentimientos de desvalorización o evidencia de descenso de autoestima. 2. Tristeza o infelicidad aparente o manifiesta.
<b>b. Además se requieren 4 de los siguientes síntomas.</b>	1. Sollozos frecuentes. 2. Irritabilidad 3. Trastornos del sueño (Insomnio, Hipersomnia) 4. Retraimiento social reciente. 5. Descenso reciente del rendimiento escolar 6. Deseo verbalizado de morirse o tentativa suicida. 7. Quejas somáticas 8. Irritabilidad 9. Pérdida de apetito o de peso. 10. Disminución de la energía.
<b>c. Exclusión de los casos que cumplen los criterios diagnósticos de:</b>	1. Trastorno de conducta. 2. Síndrome orgánico. 3. Esquizofrenia.
<b>d. Duración de los síntomas:</b>	Un mes al menos.

Fuente: Ayuso JL, Saiz J. Las Depresiones. Nuevas perspectivas, clínicas etiopatogenias y terapéuticas. Madrid: Impor-tecnica; 1981. <sup>(37)</sup>

**1.1.7 PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO.**

Para esto se puede utilizar lo siguiente:

**A.** Auto-informativos: contestados por el propio paciente. <sup>(38)</sup>

**B.** Inventario de Depresión Infantil (CDI) Kovacs y Beck, 1977. Para niños entre 8-13 años. <sup>(38)</sup>

**C.** Cuestionario de Depresión para niños (CDS) M. Lang y M. Tisher, 1974. Para niños de 8-16 años. <sup>(38)</sup>

- D. Cuestionario Español para la Depresión Infantil (CEDI) *Rodríguez Sacristán y Cardoze*, 1977-1982. Existen 2 formas de aplicación: 5-10 años y de 11-16 años. <sup>(2)</sup>
- E. RCDS de *Reynolds*, 1989. Para niños y adolescentes. <sup>(38)</sup>

En varios estudios revisados se ha utilizado:

- a) Para el diagnóstico de depresión infantil: el Inventario de Depresión Infantil (CDI) de Kovacs y Beck, 1977, para niños entre 8-13 años.
- b) Para factores asociados a la depresión Infantil: el Factor Asociado a Depresión Familiar (APGAR)

### **CHILDREN DEPRESSION INVENTORY (CDI).-**

El Children's Depression Inventory creado por Kovacs y Beck en 1977), es el instrumento más usado en los cinco continentes para medir depresión infantil. El CDI sirve para medir los signos y síntomas de la depresión en niños y adolescentes entre las edades de 6 y 17 años, consta de 27 ítems de opción múltiple sobre una categoría específica de los signos y síntomas asociados con la depresión. Cada ítem consta de tres frases de autoevaluación con un puntaje de 0, 1, 2 en dirección de la gravedad del síntoma. <sup>(20)</sup> Los niños deben escoger aquella frase que identifiquen como más concordante con su situación afectiva actual. El puntaje final está entre 0 hasta 54 puntos. Las puntuaciones entre 0 y 11 sugieren ausencia de sintomatología depresiva, entre 12 y 18 sugieren sintomatología depresiva moderada y las puntuaciones mayores de 19 se consideran graves. <sup>(34)</sup>

Pasaron hasta quince años antes que María Kovacs publicase el manual del CDI en 1992 y conserva la misma estructura que el de 1977, con muy pocas novedades referidas principalmente a los puntos de corte. <sup>(39)</sup>

## **DIMENSIONES DEL C.D.I.-**

Este instrumento reporta sobre cinco factores que son: estado de ánimo negativo, problemas interpersonales, inutilidad, anhedonia y autoestima negativa.<sup>(39)</sup>

Así, las dimensiones que evalúa el C.D.I, manteniendo invariable los propósitos y finalidades de la prueba original de la adaptación española, son:

### **1. Estado de Animo Disfórico.-**

Es una expresión o muestra de tristeza, soledad, desdicha. El niño manifiesta cambios en el estado de ánimo, en su humor, presenta irritabilidad, se enfada fácilmente, llora con facilidad. Es negativista y resulta difícil de complacerle. Los 17 elementos que evalúan esta dimensión son: 1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 12, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 27. El puntaje máximo a alcanzar es de 34. A mayor puntaje mayor presencia de ánimo disfórico.<sup>(40)</sup>

### **1. Ideas de Auto desprecio.-**

El niño expresa sentimientos de irritabilidad, incapacidad, fealdad y culpabilidad. Presenta ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, revela ideas de escaparse y huir de su casa. Los 10 ítems que evalúan esta dimensión son los siguientes: 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 23, 24, 25. El puntaje máximo a alcanzar es 20. A mayor puntaje, mayor presencia de ideas de auto desprecio.<sup>(40)</sup>

La aplicación del inventario puede ser individual, colectiva o auto administrada, no hay tiempo límite, pero se estima en un promedio de 15 a 20 minutos aproximadamente; siendo un tiempo prudente para que pueda valorársele correctamente el cuestionario.<sup>(40)</sup>

El evaluador, sea psicólogo, psiquiatra, orientador o tutores, deberá atenerse lo más fielmente posible a las instrucciones que se detallan a continuación; toda vez que ha sido tomada en cuenta en la tipificación del instrumento.<sup>(40)</sup>

- Debe cuidarse que los sujetos estén motivados, para ello es preciso explicárseles las razones de dicha evaluaciones y responder las dudas que los evaluados le planteen antes de empezar el cuestionario.<sup>(40)</sup>

- Durante la aplicación no interrumpir para hacer aclaraciones. Podrá aclararse discretamente al sujeto que pregunta acerca del significado de una palabra. De todas maneras se debe indicar que la formulación de las preguntas es fácil y no hay que buscar complicaciones innecesarias e irreales.<sup>(40)</sup>
- Los sujetos deberán trabajar con suficiente independencia, distancia y separación, para evitar que intenten comentar alguna respuesta o curiosarse sobre lo que responden los demás.<sup>(40)</sup>
- Al finalizar la prueba se deberá comprobar, al recoger el cuadernillo y la hoja de respuestas, si se ha contestado todos los elementos y si han anotado correctamente los datos de identificación.<sup>(40)</sup>

El CDI tiene un coeficiente Alfa de Crombach de 0.91, lo que nos indica un buen nivel de confianza, con una  $p$  de  $< 0.001$  <sup>(40)</sup>

### **APGAR (Factor Asociado a Depresión Familiar).-**

El cuestionario APGAR Familiar, fue diseñado en 1978 por Smilkstein, para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive.<sup>(41)</sup>

En comparación con otras escalas similares (CES, McMaster, FACE III, Pless-Satterwhite) presenta la gran ventaja de su reducido número de ítems y facilidad de aplicación. Se encuentra validada en España por Bellon y Cols (1996).<sup>(41)</sup>

Existe una versión recogida por Smilkstein en que se presentan 5 posibles respuestas para cada cuestión. Ésta posee unos índices psicométricos ligeramente superiores, pero sólo se recomienda su uso en investigación. También, se han diseñado versiones para valorar la disfunción en las relaciones con los amigos o en el trabajo (Friends APGAR, Work APGAR).<sup>(42)</sup>



Para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron cinco componentes básicos de la función familiar. Vamos a definirlos:

- ❖ **ADAPTABILIDAD**, mide la utilización de los recursos intra y extra familiares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar ha sido modificado (situaciones de crisis). <sup>(43)</sup>
- ❖ **PARTICIPACIÓN**, mide la cooperación de los miembros de la familia, en la toma de decisiones y en la división del trabajo; el cómo comparten los problemas y el cómo se comunican para explorar la manera de resolverlos. <sup>(43)</sup>
- ❖ **GRADIENTE DE CRECIMIENTO**, mide la maduración física, emocional y social que se lleva a cabo a través del apoyo mutuo y dirección (conducta). Este gradiente evalúa la capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los diferentes miembros de la familia. <sup>(43)</sup>
- ❖ **AFECTO**, mide las relaciones de cuidado y cariño que interaccionan entre los integrantes de un grupo familiar y la demostración de distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia entre ellos mismos. <sup>(43)</sup>
- ❖ **RESOLUCIÓN**, mide la tarea de compartir el tiempo, de dedicar recursos materiales y especiales para apoyar a todos los miembros de la familia. <sup>(43)</sup>

Estos cinco componentes se evalúan a través de una serie de preguntas que pueden realizarse en el transcurso de una entrevista y miden tanto el ambiente emocional que rodea a los pacientes como también la capacidad del grupo familiar para hacer frente a las diferentes crisis. El APGAR familiar puede aplicarse a diferentes miembros de la familia y en distintos momentos para palpar su variación. Y en determinados momentos también puede ser útil el realizarlo en conjunto, en el transcurso de una entrevista familiar, y conocer "in situ" las opiniones de todos los integrantes del sistema familiar. <sup>(43)</sup>

En la validación española la fiabilidad test-retest es superior a 0.75. Y posee una buena consistencia interna (alfa de Crombach 0.84).<sup>(43)</sup>

En el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.80) con el Pless-Satterwhite Family Function Index. El análisis factorial demuestra que se trata de una escala unidimensional, es decir, los 5 ítems miden aspectos del mismo concepto (la disfunción familiar).<sup>(43)</sup>

### **1.1.8 TRATAMIENTO.**

Para este trastorno se puede emplear dos tipos de tratamiento el farmacológico y el no farmacológico.

#### **1.1.8.1 Tratamiento farmacológico.-**

La eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor en los adultos está bien documentada, pero en el caso del niño y adolescente existe controversia sobre cuál es la terapia más adecuada y dentro del tratamiento farmacológico, cuál es el antidepresivo más idóneo en relación tanto a su seguridad como a su eficacia. También hay que tener en cuenta que el uso de los antidepresivos en niños debe hacerse de una forma integral.<sup>(44)</sup>

Hay pocos estudios sobre el uso de antidepresivos en niños y adolescentes. El uso de fármacos estaría indicado en depresiones moderadas – graves, cuando:<sup>(44)</sup>

- La intervención psicoterapéutica no consigue una mejoría suficiente.
- Si existe una notable repercusión sobre el funcionamiento escolar o académico.<sup>(44)</sup>
- Si existen síntomas psicóticos.<sup>(44)</sup>
- Si existe un alto riesgo de suicidio<sup>(44)</sup>

No se recomienda el empleo de los antidepresivos tricíclicos en la infancia en la actualidad, al no haberse demostrado una eficacia superior al placebo en ensayos clínicos controlados y debido a que producen efectos adversos importantes,

debido a su cardiotoxicidad, lo que los hace especialmente peligrosos en el caso de un intento de suicidio. <sup>(45)</sup>

#### **1.1.8.2 Tratamiento no farmacológico.-**

Existen varios tratamientos no farmacológicos para la depresión infantil, como la psicológicos, aunque sólo algunos de ellos presentan hoy en día garantías científicas suficientes sobre su eficacia. Los resultados de un reciente estudio meta-analítico de Michael y Crowley (2002) permiten concluir que el tratamiento de primera elección para la depresión infantil es, actualmente, el psicológico, en particular, las terapias conductual y cognitiva, y ponen de relieve que no está totalmente demostrada la eficacia de ningún tratamiento farmacológico en la depresión de los niños. <sup>(5)</sup>

La terapia conductual se centra fundamentalmente en aumentar el número de actividades placenteras que el niño depresivo realiza y en reducir sus experiencias vitales negativas mediante el aprendizaje de habilidades de afrontamiento. La realización de las actividades placenteras no sólo elevan el estado de ánimo debido a su carácter de reforzadores positivos, sino también porque distraen al niño de sus actitudes cognitivas negativas y combaten directamente el retraimiento, la pasividad y el sedentarismo asociados con los episodios depresivos. <sup>(5)</sup> Cuando Melanie Klein llegó a Londres en 1927 su técnica del psicoanálisis infantil, que ella denominaba técnica del juego, estaba ya elaborada en profundidad, donde se demostró que los niños mejoraban su estado depresivo en un 60% del total de niños. <sup>(47)</sup> Habitualmente, los programas de tratamiento psicológico para la depresión infantil suelen combinar tanto la terapia conductual como la cognitiva, y, además, una parte muy importante de los mismos se dirige a los padres pues como ya se dijo, los niños hasta los 12 años dependen mucho del comportamiento de éstos. <sup>(5)</sup>

#### **1.1.9. CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.**

La aparición de la depresión en la infancia sigue un curso crónico que puede presentar consecuencias secundarias, como déficits psicosociales, trastornos de conducta, alcoholismo, abuso de sustancias, personalidad antisocial y bajo

rendimiento académico. Una de las consecuencias de especial cuidado es el suicidio; Gould et al., señalan que el 63% de los niños que intentan el suicidio son los niños deprimidos. La depresión generalmente interfiere con el funcionamiento social y académico de un niño. Cuando un niño presenta sintomatología depresiva, el rendimiento escolar se deteriora y se pierde el interés en las actividades escolares. <sup>(7)</sup>

#### **1.1.10 HIPÓTESIS.**

La conducta depresiva infantil está asociada a: edad del niño, persona con quien vive, migración de un familiar cercano, estado civil de los padres y disfunción familiar.

## CAPITULO II

### 2. OBJETIVOS.

#### 2.1 Objetivo general.-

Determinar la prevalencia de conducta depresiva en niños/as de treinta escuelas rurales pertenecientes a las parroquias: Baños, Cumbe, Checa, Chiquintad, Llacao, Molleturo, Nulti, Octavio Cordero Palacios, Paccha, Quingeo y Ricaurte del cantón Cuenca matriculados/as en el periodo lectivo 2010-2011.

#### 2.2 Objetivos específicos.-

3.2.1 Determinar la frecuencia de conducta depresiva en niños/as de quinto a séptimo año de educación básica de treinta escuelas rurales pertenecientes a las parroquias Baños, Cumbe, Checa, Chiquintad, Llacao, Molleturo, Nulti, Octavio Cordero Palacios, Paccha, Quingeo y Ricaurte del cantón Cuenca matriculados/as en el periodo lectivo 2010-2011, a través del Test Children Depression Inventory (CDI) versión larga en español.

3.2.2. Identificar los factores de riesgo asociados a la conducta depresiva en niños/as de quinto a séptimo año de educación básica en treinta escuelas rurales pertenecientes a las parroquias: Baños, Cumbe, Checa, Chiquintad, Llacao, Molleturo, Nulti, Octavio Cordero Palacios, Paccha, Quingeo y Ricaurte del cantón Cuenca matriculados/as en el periodo lectivo 2010 -2011, según: edad, sexo, disfuncionalidad familiar y emigración.

3.2.3 Establecer el principal factor de riesgo asociado a la conducta depresiva según su frecuencia, en los niños/as de quinto a séptimo año de educación básica en treinta escuelas rurales pertenecientes a las parroquias Baños, Cumbe, Checa, Chiquintad, Llacao, Molleturo, Nulti, Octavio Cordero Palacios, Paccha, Quingeo y Ricaurte del cantón Cuenca matriculados/as en el periodo lectivo 2010-2011.

## CAPITULO III

### 3 DISEÑO METODOLÓGICO.-

**3.1 TIPO DE ESTUDIO:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte transversal, en el cual se utilizó como instrumento de medición un formulario con datos: socio-demográficos, test CDI (Children Depression Inventory) versión larga en español y test APGAR para funcionalidad familiar, los cuales fueron aplicados a cada niño/a, de esta manera se logró identificar los casos de depresión infantil.

**3.2 UNIVERSO DE ESTUDIO:** Comprendido por todos los estudiantes matriculados durante el año lectivo septiembre 2010 – julio 2011, en los años quinto, sexto y séptimo de educación general básica de las escuelas de la zona rural de la ciudad de Cuenca. Universo = 10718 niños/as.

**3.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA:** la muestra fue obtenida utilizando el programa Epi Info con un universo de 10718 estudiantes de quinto, sexto y séptimo año de educación general básica de las escuelas rurales de la ciudad de Cuenca, para el cálculo se utilizó el 18.2% de frecuencia esperada, un peor aceptable de 21% con un nivel de confianza del 95%, (683 niños/as). Se adicionó el 10% de posibles pérdidas (68 estudiantes), lo que significa que la muestra es de 751 estudiantes (n= 751 niños/as), la misma fue aleatorizada en el programa Epidat y posteriormente asignada al azar para 2 grupos de tesis conformados por tres personas cada uno; correspondiendo así 376 estudiantes para un grupo y 375 estudiantes para el otro. En nuestro caso, la muestra es de 376 niños/as que pertenecen a escuelas de las parroquias Baños, Cumbe, Checa, Chiquintad, Llacao, Molleturo, Nulti, Octavio Cordero Palacios, Paccha, Quingeo y Ricaurte, según los resultados de la aleatorización como se detalla en el Anexo 1.

**3.4 ÁREA DE ESTUDIO:** escuelas Rurales del Cantón Cuenca (Anexo 2).

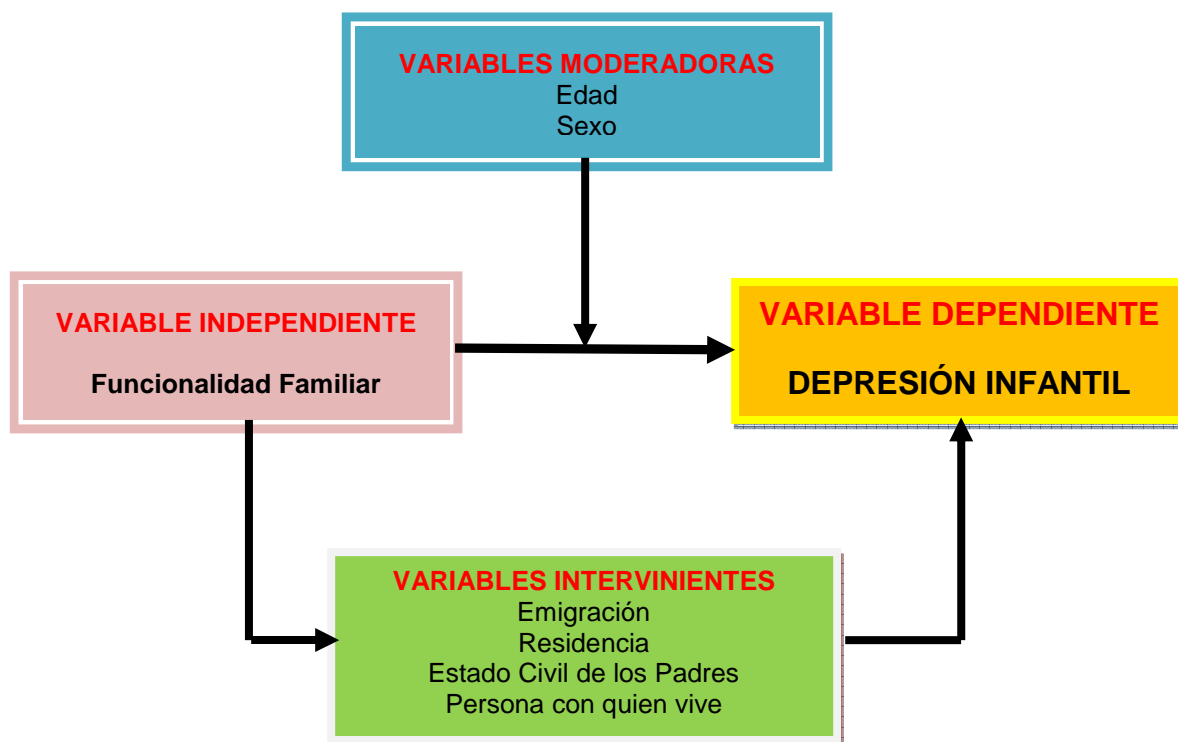
**3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** todos los/as escolares de quinto, sexto y séptimo año de educación general básica matriculados durante el año lectivo septiembre 2010 – julio 2011 y los que firmaron el consentimiento informado.

**3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** los niños/as de las escuelas en las que el director no autorizó la aplicación del formulario de recolección de datos, los niños/as cuyos padres no firmaron el consentimiento informado, así como también los niños/as que se negaron a responder dicho formulario, los niños/as que el día de aplicación del formulario faltaron a la escuela, aquellas escuelas que no tengan quinto, sexto y séptimo año de educación general básica y niños/as mayores de 12 años.

**3.7 VARIABLES:**

- Edad
- Sexo
- Año que cursa en la escuela
- Residencia
- Estado civil de los padres.
- Emigración de un familiar cercano
- Persona con quien vive
- APGAR familiar Corto.
- Test CDI
- Presencia de amigos

### 3.8 MATRIZ DE VARIABLES:





### 3.9 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Escala
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista	Tiempo transcurrido medido en años	Formulario	Numérica
<b>Sexo</b>	Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer	Características fenotípicas	Caracteres sexuales	Masculino Femenino
<b>Año que cursa en la escuela</b>	Nivel de estudios que se encuentra	Año de estudio que cursa	Formulario	Quinto de básica Sexto de básica Séptimo de básica
<b>Residencia</b>	Lugar donde permanece habitualmente.	Geográfica	Formulario	Urbano Rural
<b>Estado civil de los padres.</b>	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Situación legal	Formulario	Soltero. Casado. Separado. Divorciado. Viudo.
<b>Emigración de un familiar cercano</b>	Salida del país por cualquier motivo por un tiempo indefinido	Emigración.	Formulario	Padre Madre Padre y Madre Hermanos Ninguno
<b>Persona con quien vive</b>	Persona o personas que tienen la completa capacidad civil y cuidan del niño.	Persona que vive	Formulario	Padre y madre Padre madre Otros
<b>APGAR familiar Corto.</b>	Cuestionario para explorar el impacto de la función familiar en la salud de sus miembros.	Estado de funcionalidad de la familia	Test APGAR familiar	Normofuncional: 7 – 10 puntos Disfunción leve: 4 – 6 puntos Disfunción grave: 0 – 3 puntos.
Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicador	Escala

<b>Test CDI</b>	Cuestionario que mide la sintomatología depresiva infantil	Depresión	Test de CDI	0-11: ausencia de sintomatología depresiva 12-18: síntomas de depresión moderada 19 y más: depresión severa
<b>Presencia de amigos.</b>	Estructura social, un grupo de personas relacionadas entre sí	Amigos	Tiene amigos	Sí. No.

### 3.10 PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS.-

La información fue debidamente recolectada a través de un formulario que está constituido por variables sociodemográficas, test de APGAR familiar y test CDI versión larga en español, el mismo que fue aplicado a los niños/as en las escuelas rurales de la Ciudad de Cuenca, por los estudiantes de quinto año de la Escuela de Medicina de la Universidad de Cuenca.

### 3.11 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS:

- Análisis documental: revisión Bibliográfica.
- Encuestas: a los niños/as escolares que cursan el quinto, sexto y séptimo año de educación general básica en treinta escuelas rurales pertenecientes a las parroquias: Baños, Cumbe, Checa, Chiquintad, Llacao, Molleturo, Nulti, Octavio Cordero Palacios, Paccha, Quingeo y Ricaurte del cantón Cuenca matriculados/as en el periodo lectivo septiembre 2010 – julio 2011.
- Observación directa: de los niños/as escolares que cursan el quinto, sexto y séptimo año de educación básica en treinta escuelas rurales pertenecientes a las parroquias: Baños, Cumbe, Checa, Chiquintad, Llacao, Molleturo, Nulti, Octavio Cordero Palacios, Paccha, Quingeo y Ricaurte del cantón Cuenca matriculados/as en el periodo lectivo septiembre 2010 – julio 2011.

### **3.12 ASPECTOS ÉTICOS.-**

Inicialmente se visitó a los directores de las escuelas para la entrega del oficio y así se obtuvo la autorización correspondiente para aplicar los formularios de recolección de datos. (Anexo 3).

Previo a la aplicación del formulario de recolección de datos se adquirió el consentimiento informado para lo cual se convocó a una reunión a los respectivos representantes legales de los niños/as que fueron identificados mediante la aleatorización. En dicha reunión se explicó las características del estudio y sus objetivos y así ellos/as decidieron de forma voluntaria si aceptan la participación de sus hijos/as, en caso de que su respuesta fuese positiva se hizo constancia de ello con una firma o huella digital en el documento escrito que corresponde al anexo 4. En caso contrario no firmaron ningún documento y finalmente se les agradeció a todos por su presencia.

La recolección de los datos se realizó mediante un formulario (anexo 5) y se llevó a cabo en un ambiente de privacidad (aulas de la institución). Se garantizó por parte de los autores, la absoluta reserva de la información recabada en el formulario, así como el respeto a los derechos de los encuestados.

### **3.13 MÉTODOS Y MODELOS DE ANÁLISIS.-**

Los datos recolectados, se los agrupó en cuadros estadísticos, el análisis fue cuantitativo. Para esto se utilizó el programa SPSS 15 versión evaluación y Microsoft Office.

Las medidas estadísticas que utilizamos en el desarrollo de la tabulación de datos son los porcentajes que fueron representados a través de tablas simples, de doble entrada y gráficos según la naturaleza de cada variable con su respectiva interpretación, cumpliendo así con los objetivos planteados y obteniendo los resultados que esperábamos.

## CAPITULO IV.

### 4.1 Cumplimiento del estudio.-

En la Ciudad de Cuenca se han matriculado un total de 10718 niños/as de quinto, sexto y séptimo año de educación general básica de las escuelas rurales en el periodo lectivo septiembre 2010 – julio 2011, del mismo, mediante aleatorización se obtuvo una muestra de 751, la cual por asignación al azar se repartió a dos grupos de tesis conformados por tres integrantes cada uno, correspondiendo así: 376 y 375 niños/as respectivamente. Nuestra muestra es de 376 niños/as que pertenecen a 30 escuelas de las parroquias: Baños, Cumbe, Checa, Chiquintad, Llacao, Molleturo, Nulti, Octavio Cordero Palacios, Paccha, Quingeo y Ricaurte. Para la recolección de los datos se utilizó un formulario previamente validado que contiene: variables socio-demográficas, test CDI (*Children's Depression Inventory*) versión larga en español, test APGAR. El que fue aplicado a cada niño/a previa obtención del consentimiento informado a través una reunión con sus respectivos representantes legales. En dicha reunión se explicó las características del estudio, objetivos y de esta forma permitieron la participación voluntaria de sus hijos/as dejando como constancia de ello con una firma o huella digital en el documento (anexo 4), en caso contrario no firmaron ningún documento y se les agradecerá su presencia.

El acceso a la muestra requirió vistas diarias durante dos meses a las diferentes escuelas previo permiso de su respectivo director/a, donde los docentes nos facilitaban el tiempo para la aplicación del formulario.

## 4.2 Características de la población del estudio:

### PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS/AS DE TREINTA ESCUELAS RURALES, CUENCA 2011

VARIABLES		FRECUENCIA	%
Edad	9 años	108	20.72
Sexo	Masculino	197	52
Año que cursa	Sexto de básica	129	34.31
Estado Civil de los Padre	Casados	236	62.76
	Separados	57	15.16
Persona con quien vive	Padre y madre	229	60.9
	Solo madre	103	27.39
Emigración	Padre	57	15.16
	Ninguno	252	67.02
Disfunción Familiar	Grave	20	5.3
Depresión Infantil	Severa	40	10.64
(n=376 Casos)			

Fuente: Formularios

Autores: M. Trelles, D. Vega, P Velasco.

**TABLA # 1.**

**Distribución de los niños/as de las escuelas rurales, según el *grupo de edad*. Cuenca 2011.**

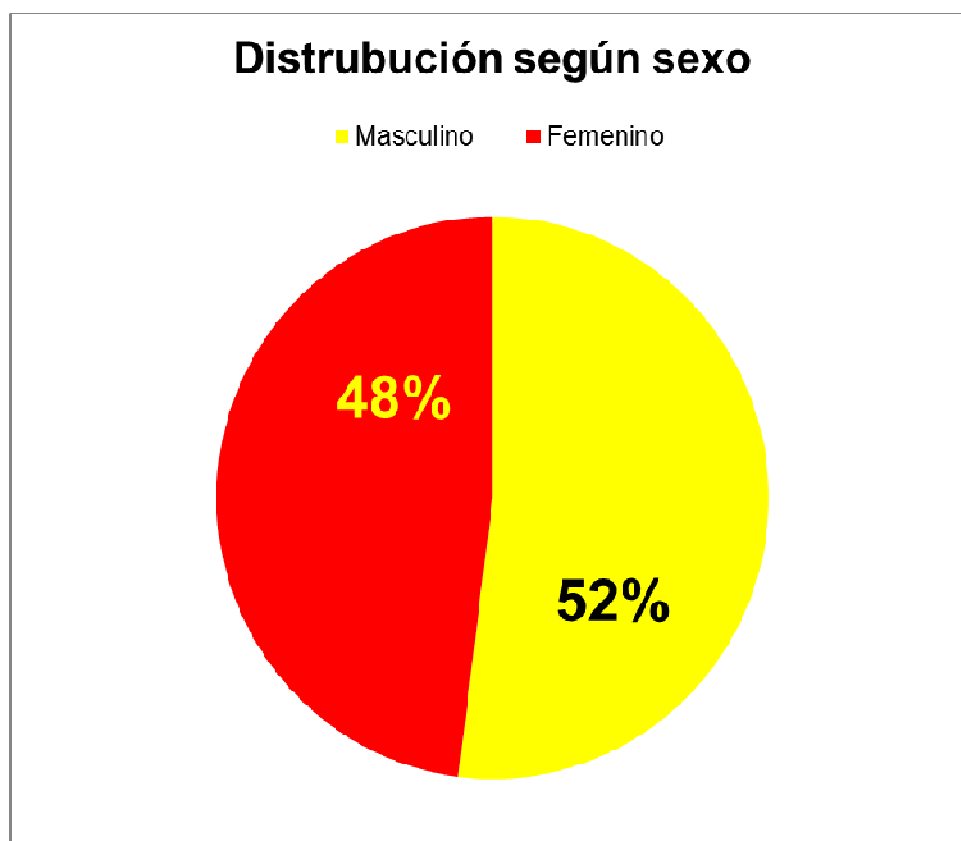
Edad	Frecuencia	%
8	29	7.71
9	108	28.72
10	105	27.93
11	97	25.8
12	37	9.84
Total	376	100

Fuente: Formularios  
Autores: M. Trelles, D. Vega, P Velasco.

**Interpretación:** de los 376 niños/as de la población investigada la mayor frecuencia está en 9 años lo que equivale al 28.72%, y el promedio de edad 10 años.

**GRAFICO # 1.**

**Distribución de los niños/as de las escuelas rurales, según el *grupo sexo***  
**Cuenca 2011.**

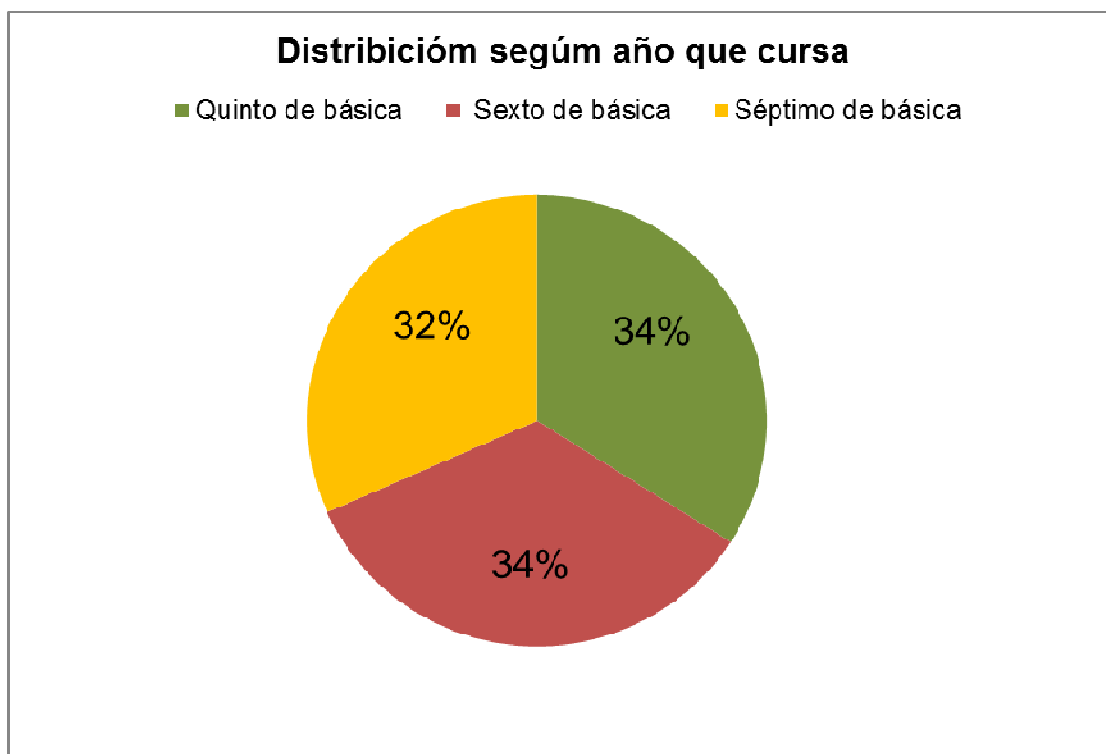


Fuente: Formularios  
Autores: M. Trelles, D. Vega, P Velasco

**Interpretación:** del total de la población estudiada el 52% son hombres y un 48% mujeres, observándose que no hay mayor diferencia con respecto al sexo.

**GRAFICO # 2.**

**Distribución de los niños/as de las escuelas rurales, según el *año que cursa*.  
Cuenca 2011.**



Fuente: Formularios

Autores: M. Trelles, D. Vega, P Velasco

**Interpretación:** 129 niños/as de la población estudiada cursan el sexto año de educación general básica lo que corresponde al 34.31%.



**TABLA # 2.**

**Distribución de los niños/as de las escuelas rurales, según *estado civil de sus padres*. Cuenca 2011.**

Estado civil de los padres	Frecuencia	%
<b>Casado</b>	<b>236</b>	<b>62.77</b>
<b>Separado</b>	<b>57</b>	<b>15.16</b>
<b>Muerto alguno de ellos</b>	24	6.38
<b>Soltero</b>	30	7.98
<b>Unión libre</b>	29	7.71
<b>Total</b>	<b>376</b>	<b>100</b>

Fuente: Formularios

Autores: M. Trelles, D. Vega, P Velasco

**Interpretación:** de los 376 niños/as estudiados, 236 casos (62.77%), tiene familias estructuradas (progenitores casados) y en 57 casos (15.16%.) familias desestructuradas (separados).

**TABLA # 3.**

**Distribución de los niños/as de las escuelas rurales, según con la persona que vive. Cuenca 2011.**

Persona con quien vive	Frecuencia	%
<b>Padre y madre</b>	<b>229</b>	<b>60.90</b>
<b>Solo padre</b>	13	3.46
<b>Solo madre</b>	<b>103</b>	<b>27.39</b>
<b>Otros</b>	31	8.24
<b>Total</b>	376	100

Fuente: Formularios

Autores: M. Trelles, D. Vega, P Velasco

**Interpretación:** de la población estudiada (n=376), 229 niños/as viven dentro de una familia nuclear y 103 niños/as viven dentro de una familia monoparental (solo con madre).

TABLA # 4.

**Distribución de los niños/as de las escuelas rurales, según *emigración de un familiar*. Cuenca 2011.**

Emigración de un familiar cercano	Frecuencia	%
<b>Padre</b>	<b>57</b>	<b>15.16</b>
Madre	6	1.60
Padre y madre	14	3.72
Hermanos	28	7.45
Padre y hermanos	4	1.06
Madre y hermanos	2	0.53
Padre madre y hermanos	13	3.46
<b>Ninguno</b>	<b>252</b>	<b>67.02</b>
<b>Total</b>	<b>376</b>	<b>100</b>

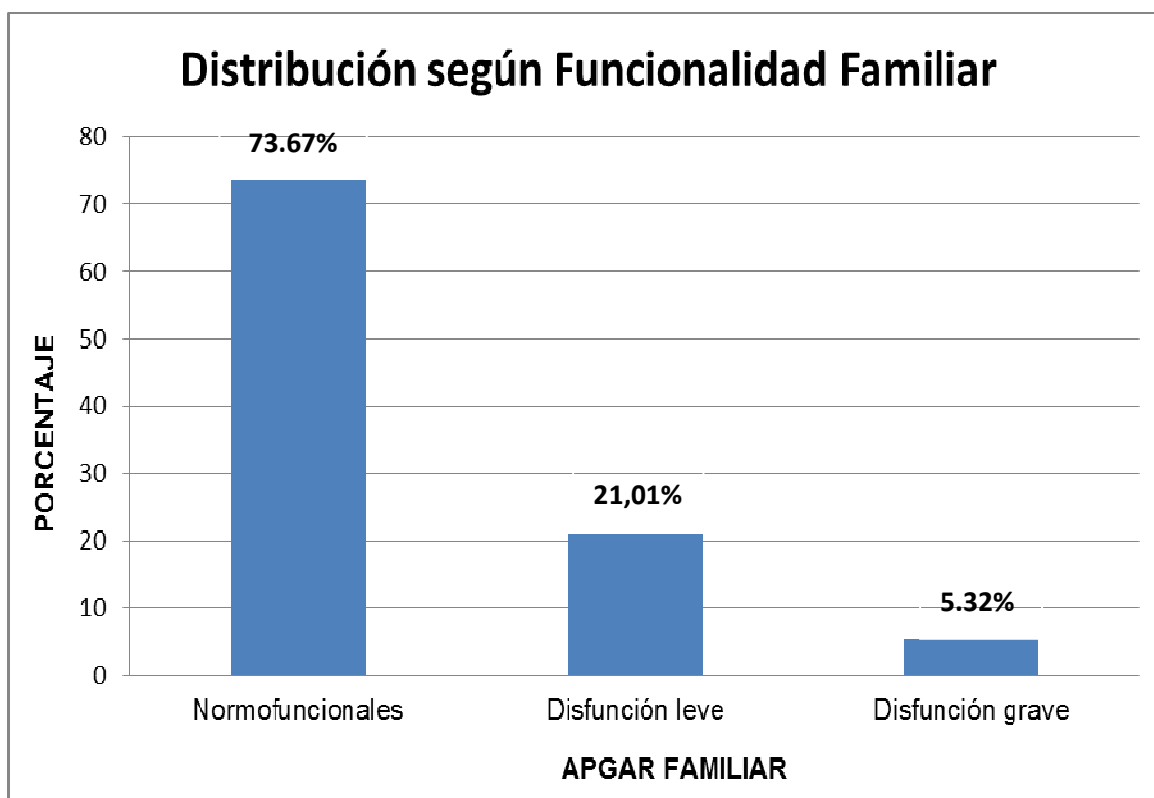
Fuente: Formularios

Autores: M. Trelles, D. Vega, P Velasco

**Interpretación:** de la población estudiada (n=376), se observa que 252 casos, (67.02%) no tienen familiares emigrantes y 57 casos (15.16%) tienen solo al padre emigrante.

**GRÁFICO # 3**

**Distribución de los niños/as de las escuelas rurales, según *la percepción de la funcionalidad familiar*. Cuenca 2011.**



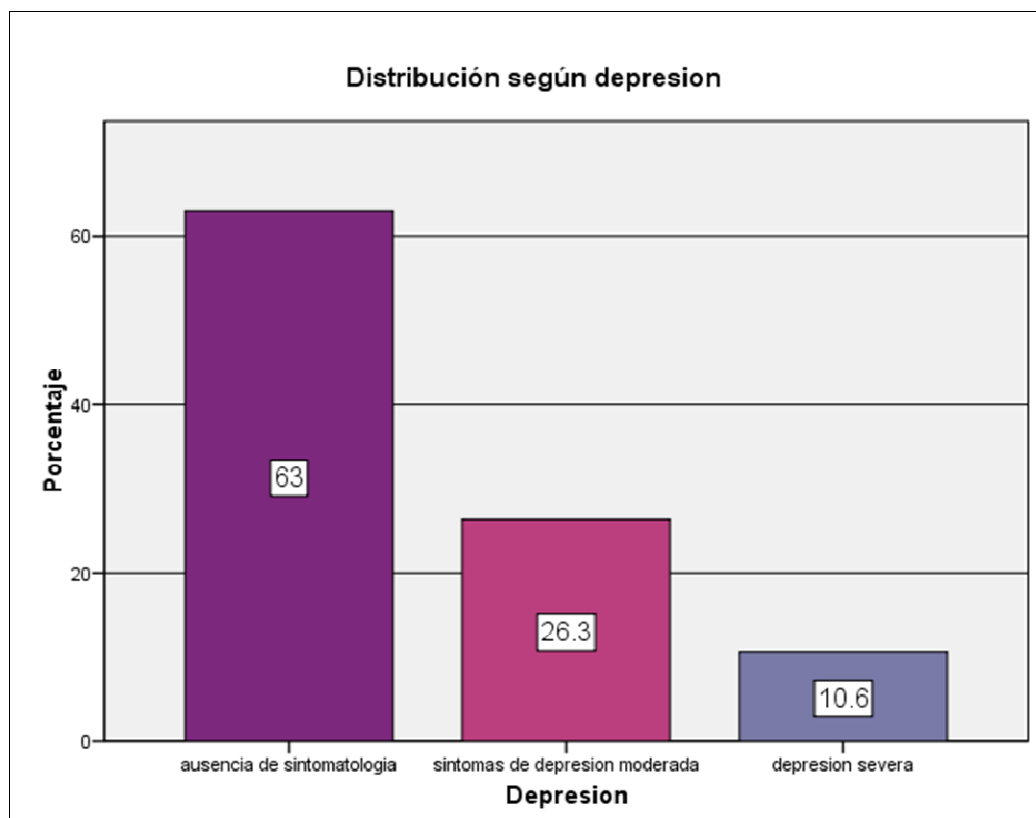
Fuente: Formularios

Autores: M. Trelles, D. Vega, P Velasco

**Interpretación:** del total de los participantes de este estudio (n=376), según el APGAR familiar encontramos que 20 niños/as tiene familias con disfunción grave lo que corresponde al 5.3%.

**GRÁFICO # 4**

**Distribución de los niños/as de las escuelas rurales, según *depresión infantil*. Cuenca 2011.**



**Fuente:** Formularios

**Autores:** M. Trelles, D. Vega, P Velasco

**Interpretación:** del total de la población estudiada ( $n= 376$ ); 40 niños/as presenta depresión severa lo que equivale al 10.6%, y 26.3% presentan sintomatología depresiva leve.

### 4.3 Características de las Variables:

**TABLA # 5**

**Distribución de la depresión infantil en las escuelas rurales *según edad*.  
Cuenca 2011.**

Edad	Depresión Infantil							
	Ausencia de síntomatología		Síntomas de depresión moderada		Depresión severa		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
8	17	58.62	12	41.38	0	0	29	100
9	66	61.11	34	31.48	8	7.41	108	100
10	71	67.62	21	20.00	13	12.38	105	100
11	61	62.89	21	21.65	15	15.46	97	100
12	22	59.46	11	29.73	4	10.81	37	100
Total	237	63.03	99	26.33	40	10.64	376	100

Fuente: Formularios.

Autores: M. Trelles, D. Vega, P. Velasco.

**Interpretación:** de la población que presenta depresión infantil severa (n=40casos), el 15.46% (15 casos) tienen 11 años de edad. Además existe una tendencia ascendente de aparición de depresión infantil, que inicia a los 9 años de edad y declina a los 12 años de edad.

La asociación entre estas dos variables no presenta significancia estadística con un valor de  $p = 0.102$ .

TABLA # 6

**Distribución de la depresión infantil en las escuelas rurales según estado civil de los padres. Cuenca 2011.**

Estado civil de los padres	Depresión infantil							
	Ausencia de sintomatología		Síntomas de depresión moderada		Depresión severa		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>Casado</b>	171	72.46	51	21.61	<b>14</b>	<b>5.93</b>	236	100
<b>Separado</b>	24	42.11	22	38.60	<b>11</b>	<b>19.30</b>	57	100
<b>Muerto alguno de ellos</b>	17	70.83	4	16.67	3	12.50	24	100
<b>Soltero</b>	13	43.33	10	33.33	7	23.33	30	100
<b>Unión libre</b>	12	41.38	12	41.38	5	17.24	29	100
<b>Total</b>	237	63.03	99	26.33	40	10.64	376	100

Fuente: Formularios.

Autores: M. Trelles, D. Vega, P. Velasco.

**Interpretación:** de la población estudiada el 10.64% de los niños/as (n=40 casos), presentan depresión infantil severa, observándose una frecuencia de 14 casos (5.93%) en familias nucleares, así como también una frecuencia de 11 casos (19.30%) en familias desestructuradas por separación y/o divorcio.

La asociación entre estas dos variables presenta significancia estadística con un valor de  $p = 0.00002$ .

TABLA # 7

**Distribución de la depresión infantil en las escuelas rurales según *el grado que cursa*. Cuenca 2011.**

Grado que cursa	Depresión Infantil							
	Ausencia de sintomatología		Síntomas de depresión moderada		Depresión severa		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Quinto de básica	73	57.03	46	35.94	9	7.03	128	100
Sexto de básica	82	63.57	33	25.58	14	10.85	129	100
Séptimo de básica	82	68.91	20	16.81	17	14.29	119	100
Total	237	63.03	99	26.33	40	10.64	376	100

Fuente: Formularios.

Autores: M. Trelles, D. Vega, P. Velasco.

**Interpretación:** de la población que presenta depresión infantil severa (n=40casos), el 14.29% (17 casos) están en séptimo de básica. Además existe una tendencia ascendente de aparición de depresión infantil, a mayor año de estudio aumenta la frecuencia de la depresión infantil.

La asociación entre estas dos variables presenta significancia estadística con un valor de  $p = 0.0109$ .



TABLA # 8

**Distribución de la depresión infantil en las escuelas rurales *según sexo*.  
Cuenca 2011.**

Sexo	Depresión Infantil						
	Ausencia de síntomatología		Síntomas de depresión moderada		Depresión severa		Total
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia
<b>Masculino</b>	127	64.47	43	21.83	<b>27</b>	<b>13.71</b>	197
<b>Femenino</b>	110	61.45	56	31.28	13	7.26	179
<b>Total</b>	237	63.03	99	26.33	40	10.64	376

Fuente: Formularios.

Autores: M. Trelles, D. Vega, P. Velasco.

**Interpretación:** en el sexo masculino esta la mayor frecuencia de depresión infantil con 27 casos (13.71%).

La asociación entre estas dos variables presenta significancia estadística con un valor de  $p = 0.0304$ .

TABLA # 9

**Distribución de la depresión infantil en las escuelas rurales según *persona con quien vive*. Cuenca 2011.**

Person a con quien vive	Depresión Infantil							
	Ausencia de sintomatología		Síntomas de depresión moderada		Depresión severa		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>Padre y madre</b>	164	71.62	50	21.83	<b>15</b>	<b>6.55</b>	229	100
<b>Solo padre</b>	5	38.46	6	46.15	2	15.38	13	100
<b>Solo madre</b>	52	50.49	33	32.04	<b>18</b>	<b>17.48</b>	103	100
<b>Otros</b>	16	51.61	10	32.26	5	16.13	31	100
<b>Total</b>	237	63.03	99	26.33	40	10.64	376	100

Fuente: Formularios.

Autores: M. Trelles, D. Vega, P. Velasco.

**Interpretación:** de la población estudiada el 10.64% (40 casos), presentan depresión infantil severa, observándose una frecuencia de 18 casos en familias monoparentales (madre) y una frecuencia de 15 casos en familias nucleares.

La asociación entre estas dos variables presenta significancia estadística con un valor de  $p = 0.0013$ .

**TABLA # 10**

**Distribución de la depresión infantil en las escuelas rurales según  
emigración de un familiar. Cuenca 2011.**

Emigración de un familiar cercano	Depresión infantil							
	Ausencia de sintomatología		Síntomas de depresión moderada		Depresión severa		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>Padre</b>	33	57.89	14	24.56	<b>10</b>	17.54	57	100
<b>Madre</b>	2	33.33	3	50	1	16.67	6	
<b>Padre y madre</b>	8	57.14	5	35.71	1	7.14	14	100
<b>Hermanos</b>	16	57.14	8	28.57	4	14.29	28	100
<b>Padre y hermanos</b>	2	50	0	0	2	50	4	100
<b>Madre y hermanos</b>	0	0	1	50	1	50	2	100
<b>Padre madre y hermanos</b>	6	46.15	4	30.77	3	23.08	13	100
<b>Ninguno</b>	170	67.46	64	25.40	<b>18</b>	7.14	252	100
<b>Total</b>	237	63.03	99	26.33	40	10.64	376	100

Fuente: Formularios.

Autores: M. Trelles, D. Vega, P. Velasco.

**Interpretación:** de la población estudiada el 10.64% (40 casos) presenta depresión infantil severa, observándose que hay una frecuencia de 18 casos en aquellos niños/as que no tienen a ningún familiar emigrante y una frecuencia de 10 casos en los niños/as cuyo padre es emigrante.

La asociación entre estas dos variables presenta significancia estadística con un valor de  $p = 0.0413$ .

TABLA # 11

**Distribución de la depresión infantil en las escuelas rurales según *APGAR familiar*. Cuenca 2011.**

Disfunción familiar	Depresión Infantil							
	Ausencia de sintomatología		Síntomas de depresión moderada		Depresión severa		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
<b>Normo funcionales</b>	198	71.48	61	22.02	<b>18</b>	<b>6.50</b>	277	100
<b>Disfunción leve</b>	28	35.44	32	40.51	<b>19</b>	<b>24.05</b>	79	100
<b>Disfunción grave</b>	11	55	6	30	3	15	20	100
<b>Total</b>	237	63.03	99	26.33	40	10.64	376	100

Fuente: Formularios.

Autores: M. Trelles, D. Vega, P. Velasco.

**Interpretación:** de los 10.64% (40 casos) de la población estudiada, 19 casos presentan depresión infantil severa, asociada a una disfunción familiar leve y 18 casos en familias normofuncionales.

La asociación entre estas dos variables presenta significancia estadística con un valor de  $p = 0.000000065$ .

TABLA # 12

**Distribución de la depresión infantil en las escuelas rurales según *presencia de amigos*. Cuenca 2011.**

Presencia de amigos	Depresión Infantil							
	Ausencia de sintomatología		Síntomas de depresión moderada		Depresión severa		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Si	236	65.37	93	25.76	32	8.86	361	100
No	1	6.67	6	40	8	53.33	15	100
Total	237	63.03	99	26.33	40	10.64	376	100

Fuente: Formularios.

Autores: M. Trelles, D. Vega, P. Velasco.

**Interpretación:** El 10.64% (40 casos) de la población estudiada presenta depresión infantil severa, observándose una frecuencia de 32 casos en aquellos niños/as que tienen amigos.

La asociación entre estas dos variables presenta significancia estadística con un valor de  $p = 0.000000172$ .

## CAPITULO V

### 5. DISCUSIÓN

Se aplicó el CDI (*Children's Depression Inventor*) a 376 niño/as de quinto, sexto y séptimo año de Educación General Básica, de 30 escuelas rurales de Cuenca, con una media de edad de 10 años, 197 hombres y 179 mujeres.

Esta investigación revela una prevalencia de depresión infantil de 10.64% (n=40 casos), cifra que coincide con investigaciones a nivel mundial que están entre el 8% a 20%, aunque se encontraron prevalencias mayores como la de Payo L. et al. (Quito - 2009), en un 41% (n=195 casos); en Antioquia (2006) la prevalencia fue del 25.2% (n=698 casos); en Rondón (Lima - 2006) la prevalencia fue de 37%, en Lima metropolitana (2006) la prevalencia fue de 18.2% en la sierra del 16% y en la selva del 21.4%, así también en Buenos Aires (argentina – 2010) la prevalencia fue de 29.27%; en Brasil (2008) la prevalencia fue de 72.4% y en China (2011) la prevalencia fue de 60%. También se encontraron prevalencias menores a la de nuestro estudio como la de Bucaramanga (2006) con una prevalencia de 9.2% (n=248 casos); en Neiva (2009) la prevalencia fue del 8% al 10% y en la india la prevalencia fue del 3.13% (n=58 casos).

En nuestro estudio la edad promedio fue de 10 años así como se pudo observar en la investigación realizada en Quito (2005), presentándose la depresión severa a los 11 años en un 15.40% (n=40 casos,  $p=0.102$ ), en Colombia (2006) la depresión severa se presenta a la 11 años en un 19.6% (n=248,  $p= 0.033$ ). También se puede observar en nuestro estudio que la depresión aumenta con la edad, a los 8 años el 0% y a los 12 años el 10.81%; datos mayores a los presentados en el estudio de China (2011), donde a los 8 años es el 0.57% y a los 12 años el 2.47%.

En relación al sexo, en nuestro estudio (n= 40 casos) se observó que la depresión severa se presentó en niños en un 13.71% (n=27casos) y en niñas en un 7.26% (n=13 casos) con una  $p=0.0304$ , en Quito (2005) se encontró depresión severa en

8 niños de los cuales 5 eran varones (62.5%) y 3 mujeres (37.5%); en Bucaramanga ( Colombia – 2006) la depresión infantil severa fue en niñas el 13.3% y en niños el 6.4%; en China (2011) la depresión infantil severa fue en niños 2.08% y en niñas el 1.09%; en cambio en España (2010) no hubo diferencia según el sexo.

Para nuestro estudio se tomó en cuenta a los niños/as de quinto a séptimo de Básica (8 a 12 años), Payo (Quito – 2009) niños/as de sexto y séptimo de básica (9 a 16 años), en España (2010) niños/as de cuarto a sexto grado y en China (20011) niños/as de tercero a quinto grado ( 8 a 12 años); además nuestro estudio mostro que hay más depresión infantil severa en el séptimo año en 14.29% (17 casos,  $p= 0.0109$ )

En los estudios revisados no se encontró la asociación entre depresión infantil con en el estado civil de los padres, y nuestro estudio ( $n=40$ ) reflejó que los niños/as que viven en una familia estructural (progenitores casados) presentan depresión infantil severa en un 5.93% (14 casos), mientras que en familias desestructurares (separados), el 10.30% (11 casos) presentan depresión infantil severa. ( $p=0.00002$ ).

Existen pocos datos sobre la emigración de un familiar asociada a la depresión infantil, nuestro estudio mostro que 7.14% (18 casos) no tenían ningún familiar emigrante y 17.54% (10 casos) su padre es emigrante ( $p=0.043$ ); Payo (Quito – 2009) encontró que la emigración afectaba en un 11.28%; otro estudio en Quito (2005), muestra asociación con emigración en un 36.3% y en España (2010) se menciona que los niños inmigrantes presentan depresión infantil.

No se encontraron estudios que relacionen depresión infantil y la persona con quien vive, en nuestro estudio se encontró que 18 casos (17.48%) viven solo con su madre y 15 casos (6.55%) viven en una familia estructurada. ( $p= 0.00139$ ).

En nuestro estudio ( $n=40$ ) se observa que la asociación entre la depresión infantil severa y la disfunción familiar leve es de 19 casos (24.5%) y en familias normo

funcionales de 18 casos (6.50%) ( $p= 0.000000065$ ); Payo (Quito – 2009) encontró esta asociación en un 74.35% ( $n= 195$ ). Para nuestro estudio se utilizó el test APGAR familiar versión corta.

Todos los estudios incluyendo el nuestro utilizamos el CDI (*Children's Depression Inventor*) para diagnosticar depresión, excepto en la India (2011) donde se utilizó el K-SADS-PL (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children)



## CAPITULO VI

### 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 6.1 CONCLUSIONES

A 376 niño/as de quinto, sexto y séptimo año de Educación General Básica de 30 escuelas rurales de Cuenca, se les aplicó un test de depresión infantil y factores asociados presentando las siguientes conclusiones:

- ✓ Se encontró una prevalencia de 10.64% (n=40 casos) de depresión infantil severa.
- ✓ El grupo de edad con mayor frecuencia está en 9 años (28.72%), y el promedio de edad 10 años. De la población que presenta depresión infantil severa (n=40 casos), el 15.46% (15 casos) tienen 11 años de edad. Además existe una tendencia ascendente de aparición de depresión infantil, que inicia a los 9 años de edad y declina a los 12 años de edad.
- ✓ Con respecto al sexo, la mayor población era masculina con 197 casos (52%). En el sexo masculino esta la mayor frecuencia de depresión infantil con 27 casos (13.71%).
- ✓ Con respecto al año que cursan, hay más niños en sexto de básica (129 casos, 34.31%). De la población con depresión infantil severa (n=40 casos), el 14.29% (17 casos) están en séptimo de básica. Además existe una tendencia ascendente de aparición de depresión infantil, a mayor año de estudio aumenta la frecuencia de la depresión infantil.
- ✓ La mayoría de niños viven en una familia estructurada (progenitores casados, 236 casos, 62.77%), y en 57 casos (15.16%) familias desestructuradas (separados); observándose que el 10.64% (40 casos), presentan depresión infantil severa, con 18 casos en familias

- monoparentales (madre) y una frecuencia de 15 casos en familias nucleares.
- ✓ La mayor cantidad de niños/as (229 casos) viven dentro de una familia nuclear, y 103 niños/as viven dentro de una familia monoparental (solo con madre). La depresión infantil severa (40 casos) se presenta con mayor frecuencia en familias nucleares 14 casos (5.93%), así como también en familias desestructuradas por separación y/o divorcio una frecuencia de 11 casos (10.30%).
  - ✓ Se encontró que 252 casos, (67.02%) de la población estudiada (n=376), no tienen familiares emigrantes, y 57 casos (15.16%) tienen solo al padre emigrante. De los cuales 40 casos presenta depresión infantil severa, observándose que hay una frecuencia de 18 casos en aquellos niños/as que no tienen a ningún familiar emigrante y una frecuencia de 10 casos en los niños/as cuyo padre es emigrante.
  - ✓ Según *la percepción de la funcionalidad familiar* (APGAR) en este estudio (n=376), encontramos que 20 niños/as tiene familias con disfunción grave lo que corresponde al 5.3%, de los 10.64% (40 casos) de la población estudiada, 19 casos presentan depresión severa, asociada a una disfunción familiar leve, y 18 casos en familias normofuncionales.
  - ✓ La depresión infantil severa se presenta en 10.64% (n=40 casos), y 26.3% presentan sintomatología depresiva leve.
  - ✓ La depresión infantil severa se presenta con mayor frecuencia en los niños que tienen amigos.
  - ✓ Se puede decir que la depresión infantil no solo se presenta en familias desestructurales como se ha pensado en todo este tiempo, sino también en familias estructurales lo que fue confirmado con este estudio descartando así esta vieja creencia.

- ✓ La emigración no ha sido un factor fuertemente asociado a depresión infantil ya que se pudo constatar que se presenta cuando existe emigración así como cuando la emigración no está presente.

## 6.2 RECOMENDACIONES

- ✓ Con los resultados de nuestro estudio queremos proponer que se realice una inmediata intervención por parte de las autoridades pertinentes orientada a la prevención y diagnóstico temprano de la depresión infantil, ya que luego de haber sufrido un estado depresivo la segunda vez que se presente éste va a ser más severo y los factores desencadenantes van a ser los más mínimos estímulos.
- ✓ Socializar con las autoridades de los establecimientos educativos donde se realizó el estudio, para que se preste la atención pertinente a este problema social y se concientice los efectos de la depresión infantil a largo plazo.
- ✓ Elaborar y planificar un plan de prevención en depresión infantil para niños/as involucrados en esta investigación ya que la prevalencia es 10.64%.
- ✓ Aconsejar a las autoridades de los planteles participantes del estudio a que creen grupos de apoyo para minimizar los efectos de la depresión infantil.
- ✓ Dentro de los programas de intervención que se planifiquen, se deberá tomar en cuenta: la edad de los niños/as, la persona con quien vive.

## CAPITULO VII

### 7. BIBLIOGRAFÍA.

#### 7.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Collin R. ¿Qué es un niño? [en línea]. [Acceso 4 Feb 2011] Disponible en: <http://www.motivaciones.org/ctosequesunnino.htm>
2. Universidad de Sevilla [sede Web]. Sevilla: alojamientos institucionales; 2011 [acceso 18 Ene 2011]. De Moron A, et al. "Pedagogía Social e Infancia". Disponible en: <http://alojamientos.us.es/pedsocial/archivos/tema13.PDF>
3. República del Ecuador, Ministerio de Educación del Ecuador, "Actualización y Fortalecimiento Curricular de la educación básica 2010" [en línea], versión final. Disponible en: [http://www.educacion.gov.ec/\\_upload/Fundamentos\\_pedagogicos.pdf](http://www.educacion.gov.ec/_upload/Fundamentos_pedagogicos.pdf)
4. Ministerio de educación del Ecuador. Cabecera Cantonal Cuenca [en línea]. AJUPA. Publicado: 2008. [Acceso 15 Ene 2011]. Disponible en: <http://www.ajupa.gov.ec/parroq.aspx?cant=1&parr=50>.
5. García M. Depresión infantil. En: página web: XI Jornadas abulenses de Educación para la Salud 2003[en línea]. Ávila; España. [Acceso 2 de febrero de 2011].Disponible en: <http://www.cfieavila.com/jornadas%20salud/salud/depresioninfantil.html>.
6. Giannakopoulos, G. et al, "Screening for children's depression symptoms in Greece: use of the Children's Depression Inventory in a nation-wide school-based sample", Eur Child Adolesc Psychiatry [en línea]. 2009; 18 [485-492]. Disponible en: [www.springerlink.com/index/p873025331512206.pdf](http://www.springerlink.com/index/p873025331512206.pdf)
7. Centre Londres 94 [sede web]. Barcelona 2007. [acceso 19 Dic 2010]. De Tomás J. Trastorno depresivo infantil. Disponible en: [http://www.centrelondres94.com/files/trastorno\\_depresivo\\_infantil.pdf](http://www.centrelondres94.com/files/trastorno_depresivo_infantil.pdf)
8. Rondón M. "Salud mental: un problema de salud pública en el Perú" Rev. Perú. med. exp. salud pública. [en línea]. 2006; [accesado 14 Ene 2011], 23(.4) [237-238]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342006000400001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000400001&lng=es&nrm=iso). ISSN 1726-4634.
9. Puyol L. et al. "Prevalencia de la sintomatología depresiva en escolares de los barrios de Fajardo, Chaupitena y Miranda Grande y su asociación a factores de riesgo psicosocial". Grupo de investigación de América. Publicado en: Voz Andes [en línea];(20):12-15, 2009. [accesado 11 Ene 2011].

Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=555138&indexSearch=ID>

10. Albuja B, Albuja E, Albuja W. Depresión infantil en hijos de padres migrantes. Elsevier [en línea]. 2009. 41(05) [accesado 28 Nov 2011]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/depresion-infantil-hijos-padres-migrantes-13137724-cartas-al-director-2009>
11. Mantilla L. et al. Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. rev.col.psiquiatr. [revista en la Internet]. 2004 Jun [citado 2011 Dic 11]; 33(2): 163-171. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502004000200003&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502004000200003&lng=es).
12. Vinaccia A et al, Prevalencia de Depresión en Niños Escolarizados Entre 8 Y 12 años del oriente antioqueño a partir del Child Depression Inventory – CDI [en línea]. Medellín: Dialnet.es; 2006; [accesado: 11 Ene 2011]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2285744>
13. Herrera E. et al. Prevalence of child depression in Neiva (Colombia). Av. Psicol. Latinoam. [Online]. Jan/Apr. 2009, vol.27, no.1 [accesado: 13 Ene 2011], p.154-164. Available from World Wide Web: <[http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-47242009000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242009000100011&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1794-4724.
14. Fritsch R, Montt ME, Solís J, Pilowsky D, Rojas MG. ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria?. Redalyc [en línea] 2007 [accesado: 14 Ene 2011]; 135 (5): [602-612]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=177116685008>
15. Bella M, Fernández R, Willington J. Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. Scielo.org [en línea] 2010 [accesado: 14 Ene 2011]; 108 (2): [124-129]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v108n2/v108n2a06.pdf>
16. Fu-I L, Wang Y. Comparison of demographic and clinical characteristics between children and adolescents with major depressive disorder. Rev. Bras. Psiquiatr [en línea]. 2008, [accesado: 2 Dic 2011]; 30 (2): [124-131]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462008000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000200007&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1516-4446
17. Jimenez I, Carmona A, Portell Y, Canino N. Morbilidad y maltrato infantil en niños entre 7- 14 años en consulta de Psicología. Rev Hum Med [en línea]. 2006, [accesado: 14 Ene 2011]; 6 (1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v6n1/hmc030106.pdf>
18. Romero, K. et al. Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años [en línea]. Universidad

- Autónoma de Barcelona [accesado 11 Ene 2011]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3775.pdf>
19. Fan J, Gu L, Yang W, Wang J, Du S. Prevalence of depressive disorders in Shanghai children aged 8-12 years. *European Psychiatry* [en línea]. 2011, [accesado: 8 Dic 2011]; 26 (1). [602-628]. Pages 623 P02-28 -. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092493381172329X>
20. Sarkar S, Sinha VK, Praharaj SK. Depressive disorders in school children of suburban India: an epidemiological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [en línea]. 2011, [accesado: 4 Dic 2011]. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21533600](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21533600)
21. Cova F. et al. Potencialidades y Obstáculos de la Prevención en niños y adolescentes [en línea]. *PSYKHE* 2006. [accesado: 11 Ene 2011]. 15(1): [57-65]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-22282006000100005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282006000100005&lng=pt&nrm=iso). ISSN 0718-2228. doi: 10.4067/S0718-22282006000100005.
22. Czernik G, Giménez S, Moral M. Variables sociodemográficas y síntomas de depresión en estudiantes universitarios de medicina de corrientes, Argentina. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 2006; 13(2): [64-73].
23. Toro R, Yepes L, Tellez J. *Psiquiatría*. 4ª ed. Medellín: Fondo editorial CIB. 2004.
24. Loubat M. et al. Aproximación a la depresión infantil por parte de los psicólogos que trabajan en COSAM de la región metropolitana. Universidad Santiago de Chile [en línea], USACH, Chile. Octubre 2008. . [accesado 19 Ene 2011]. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082008000200005](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000200005)
25. Rodríguez A, Granada J. Trastornos Depresivos en la infancia y adolescencia [en línea]. *Revista clínica de Medicina de Familia*. 1 (6) . 2007. [accesado 18 Ene 2011]. Disponible en: <http://revclinmedfam.com/articulo.php?art=127>.
26. Kliegman R. et. al. *Nelson Tratado de Pediatría*. 18ava ed. Vol I. España: Elseiver; 2009. Pág 121
27. Rodríguez A, Granada J. Trastornos Depresivos en la infancia y adolescencia. *Revista clínica de Medicina de Familia*. [en línea] 2003 feb 1(6). [accesado 19 Ene 2010]. Disponible en: <http://revclinmedfam.com/articulo.php?art=127>
28. National Collaborating Centre for Mental Health. "Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care" London: National Institute for Health and Clinical Excellence;

2006. Disponible en:  
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG028NICEguideline.pdf>
29. GARBER, J. Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention [en línea]. *Am J Prev Med.* 2006; 31(6): [104-125]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17175406>
30. Bravo M. La familia ante los retos de la posmodernidad. En: *La familia en la historia.* Madrid: Encuentro; 2000. p 221-245
31. Osorio A, Álvarez A. Centro de desarrollo estratégico e información en salud y seguridad social. Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud. Costa Rica, [en línea]. 2004. [accesado 5 Dic 2011];1 Disponible en: <http://www.cendeisss.sa.cr/modulos/modulo11.pdf>
32. Loubat M, Aburto M, Vega M. Aproximación a la depresión infantil por parte de psicólogos que trabajan en COSAM de la Región Metropolitana. *Redylac.* [Revista en internet] 2008. [Acceso 23 de febrero de 2011]; 26 (8). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/785/78511540005.pdf>
33. Haquin F, Larraguibel Q, Cabezas A. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *scielo.* [Revista en internet] 2004. [Acceso 23 de febrero de 2011]; 75 (5). Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062004000500003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062004000500003&script=sci_arttext)
34. Soto C et al. Psychometric properties of the Spanish language child depression inventory with hispanic children who are secondary victims of domestic violence [en línea]. *Revista ADOLESCENCE*, 2009 [accesado 12 Feb 2011]. . Puerto Rico 44 (173). Disponible: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=8&sid=323e6d77-6504-48d4-9ca0-95014a4a5f1a%40sessionmgr11&vid=1>. Citado: 10/02/2011.
35. INEC [en línea]. Quito: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 2010 [accesado 5 Dic 2010]. Disponible en: <http://www.inec.gov.ec/estadisticas/>
36. Birmaher B. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [en línea] 2007. [accesado 19 Mar 2010] Disponible en: [http://www.guiasalud.es/egpc/depresion\\_infancia/completa/apartado05/factores.html](http://www.guiasalud.es/egpc/depresion_infancia/completa/apartado05/factores.html)
37. Ayuso JL, Sáiz J. Las Depresiones. Nuevas perspectivas, clínicas etipatogénicas y terapéuticas. Madrid: Importecnica; 1981
38. Villalobos M. Depresión en niños y adolescentes. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica.* [revista en internet] 2008. [Acceso 12 diciembre de 2010]; 65(3). Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/586/art4.pdf>



39. Arévalo E. Inventario de depresión infantil. Adaptación y estandarización del cdi, para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura. [en línea] 2008 Piura. [accesado 1 Dic 2010]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/50593062/Manual-Del-Cdi>
40. Del Barrio V, Roa ML, Olmedo M, Colodrón F. Primera adaptación del CDI-S a población española. Departamento de Personalidad y tratamientos psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Educación a Distancia(UNED). Madrid-España. 2002. KOVACS, M. (1992). Children's Depression Inventory. Publisher by Multi-Health Systems, Inc. Canadá. Pp.101.
41. Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18(6): 289-96.
42. Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. J Fam Pract 1982; 15: 303-11
43. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. J Fam Pract 1978; 6: 1231-9.
44. GENÉ, J. et al. "La Depresión". Patrocinado por: Fundación BBVA, Barcelona España. 2007. [accesado 19 Ene 2011]. Disponible en: <http://www.forumclinic.org/enfermedades/depresion/archivospdf/es.pdf>
45. Iruela, L. et al, "Tratamiento farmacológico de la depresión en niños y adolescentes". Sistema Nacional de Salud. Volumen 33, Nº 2/2009. Madrid. Citado: 13/01/2011. Disponible: [http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/infMedic/docs/vol33\\_2TratDepreNinos.pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol33_2TratDepreNinos.pdf)
46. Fontana, William Collins Sons & Co., Ltd. Klein [libro en Internet] - Glasgow. Hanna Segal. 1979 [acceso 19 de diciembre de 2010]. Disponible en: <http://www.apfem.com/articulodelmes/10-09-Septiembre/segal%20hanna%20-%20melanie%20klein.pdf>

## 7.2 BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

1. Vallejo J, Gastó C. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. Barcelona: Elseiver; 2000.
2. Wiener J, Dulcan. Tratado de psiquiatría de la infancia y adolescencia. Barcelona: Masson; 2006.
3. Díez M. análisis Bibliométrico sobre depresión infantil en España [internet]. [Acceso 2011 febrero 23]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33730313>
4. Peiró S, Cervera P, Bernal- Delgado E. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en la depresión infantil: un “culebrón” que refleja importantes problemas de seguridad de los medicamentos [internet]. [Acceso 2011 febrero 21]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112005000500010&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000500010&lng=pt&nrm=iso)
5. Christian R, Ramos J, Susanibar C, Balarezo G. Risoterapia: un campo para los profesionales de la salud [internet]. [Acceso 2011 febrero 21]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rspmi/v17n2/a05v17n2.pdf>
6. Navarro J. Reseña de “Los patitos feos. La resiliencia una infancia infeliz no determina la vida”. Redalyc [internet].2003; 17:2 [Acceso 2011 febrero 21]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/274/27417313.pdf>
7. Caballo V. Asertividad: definiciones y dimensiones. Dialnet. [internet].1983; 13:11 [Acceso 25 Feb 2011]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=65876>
8. Buela G, Carretero H, De Los Santos M. Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta Reflexivo-Impulsiva. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Rev. De Sal Ment 2001. 24(3);[17-23]

**ANEXOS****ANEXO 1**

**Distribución de niños/as según parroquia, escuela y año de educación básica de la muestra del presente estudio, matriculados durante el año lectivo 2010-2011. Cuenca 2011**

Parroquia	Escuela	Tipo de Escuela	Número de Alumnos por Grados			Total
			Quinto	Sexto	Séptimo	
RICAURTE	Federico Malo	Fiscal Mixta	3	8	4	15
	Santiago de Compostela	Particular Mixta	8	4	9	21
	Isaac a Chico	Fiscal Mixta	12	11	7	30
CUMBE	Gabriel Arsenio Uyauri	Fiscal Mixta	3	6	8	17
	Caros Terán Zenteno	Fiscal Mixta	1	5	1	7
CHECA	Abelardo J. Andrade	Fiscal Mixta	6	4	4	14
CHIKUINTAD	José Peralta	Fiscal Mixta	4	7	3	14
	Roberto Espinosa	Fiscal Mixta	3	2	2	7
LLACAO	Gonzalo S. Córdova	Fiscal Mixta	3	1	3	7
	Miguel Díaz Cueva	Fiscal Mixta	6	2	3	11
MOLLETUR O	Vicente M. Mora	Fiscal Mixta	2	2	2	6
	Juan L. Mera	Fiscal Mixta	2	3	2	7
	29 de junio	Fiscal Mixta	3	3	0	6
	Luz y Vida	Fiscal Mixta	2	2	1	5
	Vicente Escandón	Fiscal Mixta	0	2	1	3
MULTI	Manuel Ramón Valarezo	Fiscal Mixta	1	3	1	5
	Francisco Eugenio Tamariz	Fiscal Mixta	4	3	4	11
OCTAVIO CORDERO PALACIOS	Ezequiel Márquez	Fiscal Mixta	6	6	8	20
	Jesús M. Yépez	Fiscal Mixta	3	6	2	11
	Octavio C. Palacios	Fiscal Mixta	6	2	6	14
Parroquia	Escuela	Tipo de	Número de Alumnos			Total

		Escuela	por Grados			
			Quinto	Sexto	Séptimo	
PACCHA	Elías G. Arteaga	Fiscal Mixta	2	1	1	4
	Manuel Coronel	Fiscal Mixta	5	3	2	10
	José Ochoa	Fiscal Mixta	2	2	2	6
QUINGEO	Gonzalo Cordero Dávila	Fiscal Mixta	6	4	5	15
	Juan Iñiguez Vintimilla	Fiscal Mixta	2	2	2	6
	5 de Enero	Fiscal Mixta	1	4	3	8
BAÑOS	Cornelio C. Toral	Fiscal Mixta	12	12	11	35
	Agustín Cueva	Fiscal Mixta	6	8	6	20
	Enriqueta C. Dávila	Fiscal Mixta	9	8	6	23
	Segundo Calle	Fiscal Mixta	5	3	10	18
TOTAL	30 escuelas	-----	128	129	119	376

**Fuente:** Datos del registro maestro de la Dirección de Educación de la Provincia del Azuay.

**Elaboración:** María Trelles, Diego Vega y Priscila Velasco.

**ANEXO 2**

**Distribución de los alumnos de las escuelas rurales del cantón Cuenca según el año de educación básica y parroquia, matriculados/as en el año 2010-2011. Cuenca 2011**

PARROQUIA	NÚMERO DE ESCUELAS	NÚMERO DE ALUMNOS POR AÑO DE EDUCACIÓN BÁSICA			
		Quinto	Sexto	Séptimo	Total
Baños	14	575	575	609	1759
Cumbe	7	122	132	135	389
Checa	2	46	44	54	144
Chiquintad	5	96	94	83	273
Llacao	7	116	94	103	313
Molleturo	21	128	112	115	355
Nulti	8	155	133	153	441
Octavio Cordero	5	53	52	53	158
Paccha	6	85	106	86	277
Quingeo	13	209	172	154	535
Ricaurte	12	499	494	445	1438
San Joaquín	5	176	148	178	502
Santa Ana	5	106	102	99	307
Sayausí	9	329	329	305	963
Sidcay	4	42	58	49	149
Sinincay	5	107	91	93	291
Tarqui	15	240	216	234	690
Turi	5	151	131	125	407
El Valle	11	331	346	312	989
Victoria del Portete	12	113	109	116	338
<b>TOTAL</b>	<b>171</b>	<b>3679</b>	<b>3538</b>	<b>3501</b>	<b>10718</b>

**Fuente:** Datos del registro maestro de la Dirección de Educación de la Provincia del Azuay.

**Elaboración:** María Trelles, Diego Vega y Priscila Velasco.

**ANEXO 3****UNIVERSIDAD DE CUENCA****Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela de Medicina**

Cuenca, Mayo del 2011

Sr. /ra

Director/a de la Escuela

Ciudad.

De nuestras consideraciones:

Nosotros, María Alejandrina Trelles Jachero, Diego Fernando Vega Cuadrado y Priscila Paola Velasco Pañi estamos por realizar un estudio que lleva por nombre “PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN INFANTIL EN NIÑOS/AS DE TREINTA ESCUELAS RURALES, CUENCA 2011” para lo cual es necesario la participación de los niños/as de quinto, sexto y séptimo año de educación básica de las escuelas de la zona rural del cantón Cuenca; a quienes se les entregará un cuestionario, el mismo que será respondido de acuerdo al criterio de cada uno de ellos sobre el tema.

La información recogida será utilizada únicamente con fines científicos guardando confidencialidad de la misma. El beneficio será para los representantes legales de los estudiantes que participen al conocer los resultados de la investigación y así los estudiantes podrían recibir un tratamiento oportuno dependiendo del resultado del test además saber que su participación permitirá crear programas de intervención en el área de la enseñanza de la conducta depresiva en los niños/as.



Esperamos contar con su colaboración.

**Atentamente:**

---

Dr. Julio Alfredo Jaramillo Oyervide

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

---

María A. Trelles J.

---

Diego F. Vega C.

---

Priscila P. Velasco P.

**ANEXO 4****UNIVERSIDAD DE CUENCA****Facultad de Ciencias Médicas  
Escuela de Medicina****CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRE/MADRE/REPRESENTANTE  
LEGAL****PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN  
INFANTIL EN NIÑOS/AS DE TREINTA ESCUELAS RURALES, CUENCA 2011**

La presente investigación tiene como director al Dr. Julio Alfredo Jaramillo Oyervide y es realizada por, María Alejandrina Trelles Jachero, Diego Fernando Vega Cuadrado y Priscila Paola Velasco Pañi, estudiantes de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, como tesis, previo a la obtención del título de médico.

El objetivo de este trabajo es determinar el número de niños/as con conducta depresiva y sus factores de riesgo.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender que en este estudio a su hijo/a o a quien represente, se le aplicará únicamente una encuesta con preguntas de fácil comprensión para ellos/as sin que esto provoque daño alguno en su integridad física, mental y emocional. La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Usted está en libre elección de decidir si desea que su hijo/a o a quien represente participe en el estudio, cualquiera que fuese su decisión no lo perjudicará de ninguna forma. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea que él/ella participe, entonces se le pedirá que firme esta hoja de consentimiento.





Si tiene alguna duda sobre esta investigación comuníquese a los números de las responsables de la investigación que exponen a continuación: 087037335, 084821658, 094698840. Desde ya le agradecemos su participación.

Yo \_\_\_\_\_ (padre/madre/representante legal) con cédula de identidad \_\_\_\_\_, libremente y sin ninguna presión, acepto que mi hijo/a participe en este estudio. Estoy de acuerdo con la información que he recibido. Reconozco que la información que provea mi hijo/a o a quien represento en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado/a de que puedo hacer preguntas sobre esta investigación y que libremente puedo decidir sobre la participación de mi hijo/a o a quien represento sin que esto acarree perjuicio alguno. Me han indicado también que mi hijo/a o a quien represento tendrá que responder una encuesta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante legal / Padre y/o madre de familia.



**ANEXO 5**  
**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Escuela de Medicina**

**Prevalencia y Factores de Riesgo asociados a Depresión Infantil en Niños/as  
de treinta Escuelas Rurales, Cuenca 2011**

**Instrucciones:** Por favor marca con una X en el cuadrado de la opción que elijas como respuesta a cada una de las preguntas, solo debes marcar 1 respuesta para cada pregunta.

**Formulario#**\_\_\_\_\_

**Datos Generales:**

- 1.Nombre de la Escuela:** \_\_\_\_\_
- 2.Nombre del/la estudiante:** \_\_\_\_\_
- 3.Grado:**  
3.1 Quinto de básica ☐ 3.2 Sexto de Básica ☐ 3.3 Séptimo de Básica ☐
- 4.¿Cuántos años tienes?** \_\_\_\_\_
- 5. Sexo:** 5.1 Hombre ☐ 5.2 Mujer ☐
- 6.Residencia:** 6.1 Urbano ☐ 6.2 Rural ☐
- 7. Tus padres están:**  
7.1 Casados ☐ 7.2 Separados ☐  
7.3 Muerto alguno de ellos ☐ 7.4 Solteros ☐ 7.5 Unión Libre ☐
- 8. Usted vive con:**  
8.1 Padre y Madre ☐ 8.2 Solo con Padre ☐  
8.3 Solo con Madre ☐ 8.4 Otros ☐
- 9. De las siguientes personas de tu familia. ¿Quién trabaja en otro país?**  
9.1 Padre ☐ 9.2 Madre ☐ 9.3 Padre y Madre ☐  
9.4 Hermanos/as ☐ 9.5 Padre y Hermanos/as ☐  
9.6 Madre y Hermanos/as ☐ 9.7 Padre, Madre y Hermanos ☐  
9.8 Ninguno ☐

**Percepción de la Función Familiar.-**

<b>Preguntas</b>	<b>Respuestas</b>		
	<b>Casi Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>Siempre</b>
<b>11.</b> ¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes un problema?			
<b>12.</b> ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
<b>13.</b> ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?			
<b>14.</b> ¿Estás satisfecho con el tiempo que tú y tu familia pasan juntos?			
<b>15.</b> ¿Sientes que tu familia te quiere?			



16. 16.1 Estoy triste de vez en cuando. ☐ 24.3 Quiero matarme. ☐  
16.2 Estoy triste muchas veces. ☐ 25.25.1 Tengo ganas de llorar todos los días ☐  
16.3 Estoy triste siempre. ☐ 25.2 Tengo ganas de llorar muchos días. ☐  
25.3 Tengo ganas de llorar de vez en ☐  
cuando.
- 17.17.1 Nunca me saldrá nada bien. ☐ 26.26.1 Las cosas me preocupan siempre ☐  
17.2 No estoy seguro de si las cosas ☐ 26.2 Las cosas me preocupan muchas ☐  
me saldrán bien. veces  
17.3 Las cosas me saldrán bien. ☐ 26.3 Las cosas me preocupan de vez en ☐  
cuando.
- 18.18.1 Hago bien la mayoría de las cosas. ☐ 27.27.1 Me gusta estar con la gente. ☐  
18.2 Hago mal muchas cosas. ☐ 27.2 Muy a menudo no me gusta estar ☐  
18.3 Todo lo hago mal. ☐ con la gente.  
27.3 No quiero estar con la gente. ☐
19. 19.1 Me divierten muchas cosas. ☐ 28.28.1 No puedo decidirme. ☐  
19.2 Me divierten algunas cosas. ☐ 28.2 Me cuesta decidirme. ☐  
19.3 Nada me divierte. ☐ 28.3 Me decido fácilmente. ☐
20. 20.1 Soy malo siempre. ☐ 29.29.1 Tengo buen aspecto. ☐  
20.2 Soy malo muchas veces. ☐ 29.2 Hay algunas cosas de mi aspecto ☐  
20.3 Soy malo algunas ☐ que no me gustan.  
29.3 Soy feo o fea. ☐
21. 21.1 A veces pienso que me pueden ☐ 30.30.1 Siempre me cuesta ponerme hacer ☐  
ocurrir cosas malas. los deberes.  
21.2 Me preocupa que me ocurran ☐ 30.2 Muchas veces me cuesta ponerme ☐  
cosas malas. a hacer los deberes.  
21.3 Estoy seguro de que me van ☐ 30.3 No me cuesta ponerme a hacer los ☐  
ocurrir cosas terribles deberes.
- 22.22.1 Me odio. ☐ 31.31.1 Todas las noches me cuesta ☐  
22.2 No me gusta como soy. ☐ dormirme.  
22.3 Me gusta como soy. ☐ 31.2 Muchas noches me cuesta ☐  
dormirme.  
31.3 Duermo muy bien. ☐
- 23.23.1 Todas las cosas son culpa mía. ☐ 32.32.1 Estoy cansado de vez en cuando. ☐  
23.2 Muchas cosas malas son culpa mía. ☐  
23.3 Generalmente no tengo la culpa de ☐  
que me ocurran cosas malas.
- 24.24.1 No pienso en matarme. ☐  
24.2 Pienso en matarme pero no lo haría ☐



- 32.2 Estoy cansado muchos días. ☐
- 32.3 Estoy cansado siempre. ☐
- 33.33.1 La mayoría de los días no tengo ganas de comer. ☐
- 33.2 Muchos días no tengo ganas de comer. ☐
- 33.3 Como muy bien. ☐
34. 34.1 No me preocupa el dolor ni la enfermedad. ☐
- 34.2 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad ☐
- 34.3 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad. ☐
- 35.35.1 Nunca me siento solo. ☐
- 35.2 Me siento solo muchas veces. ☐
- 35.3 Me siento solo siempre. ☐
- 36.36.1 Nunca me divierto en la escuela. ☐
- 36.2 Me divierto en la escuela sólo de vez en cuando. ☐
- 36.3 Me divierto en la escuela muchas veces. ☐
- 37.37.1 Tengo muchos amigos. ☐
- 37.2 Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más. ☐
- 37.3 No tengo amigos. ☐
- 38.38.1 Mi trabajo en la escuela es bueno. ☐
- 38.2 Mi trabajo en la escuela no es tan bueno como antes ☐
- 38.3 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien. ☐
- 39.39.1 Nunca podré ser tan bueno como otros. ☐
- 39.2 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños. ☐
- 39.3 Soy tan bueno como otros niños. ☐
- 40.40.1 Nadie me quiere. ☐
- 40.2 No estoy seguro de que alguien me quiera ☐
- 40.3 Estoy seguro de que alguien me quiere. ☐
- 41.41.1 Generalmente hago lo que me dicen. ☐
- 41.2 Muchas veces no hago lo que me dicen. ☐
- 41.3 Nunca hago lo que me dicen. ☐
- 42.42.1 Me llevo bien con la gente. ☐
- 42.2 Me peleo muchas veces. ☐
- 42.3 Me peleo siempre ☐

**GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**